

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 82

**APPROCHE THERAPEUTIQUE
DE L'ETHYLISME
DANS UN HOPITAL GENERAL
(Centre Hospitalier de MACON)**

- L'éthylisme aigu. Sa prise en charge.
- Résultats de 258 désintoxications éthyliques observées sur une période de 18 ans.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Février 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marie GARANDEAU née GAUTIER-PIGNONBLANC

le 3 Octobre 1950

à LA GUICHE (Saône-et-Loire)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDECINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 82

**APPROCHE THERAPEUTIQUE
DE L'ETHYLISME
DANS UN HOPITAL GENERAL
(Centre Hospitalier de MACON)**

- L'éthylisme aigu. Sa prise en charge.
- Résultats de 258 désintoxications éthyliques observées sur une période de 18 ans.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 28 Février 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Marie GARANDEAU née GAUTIER-PIGNONBLANC

le 3 Octobre 1950

à LA GUICHE (Saône-et-Loire)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1977 - N° 22

APPROCHE THERAPEUTIQUE
DE L'ETHYLISME
DANS UN HOPITAL GENERAL
(Centre Hospitalier de MACON)

• L'ethylisme aigu. Sa prise en charge.
• Resultats de 225 détoxifications éthyliques observées
sur une période de 10 ans.



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 22 Février 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Maria GARANDEAU née GAUTIER-PIENONBLANC

le 2 Octobre 1980

à LA GUICHÉ (Saône-et-Loire)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président de l'Université : Mr le Pr. D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Mr le Pr. E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Mr P. PONCET, Maître Assistant
Troisième Vice-Président : Mr H. BONNET, Etudiant.

Secrétaire Général : Mr J. RAMBAUD, Administrateur Civil.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

Médecine - GRANGE-BLANCHE - Directeur : Mr le Pr. B. SALLE
LYON-CARREL - Directeur : Mr le Pr. R. MORNEX
SUD-OUEST - Directeur : Mr le Pr. J. NORMAND
LYON-NORD - Directeur : Mr le Docteur J.P. NEIDHARDT

Biologie Humaine : Mr le Docteur J.P. REVILLARD, Maître de Conférences agrégé
Techniques de Réadaptation : Mr A. MORGON, Maître de Conférences agrégé
Sciences Pharmaceutiques : Mr le Pr. BIZOLLON
Sciences Odontologiques : Mr le Dr. R. VINCENT
Institut Régional d'Education Physique et Sportive : Mr A. MILLON, Professeur d'E.P.S.
Mathématiques : Mr le Pr. E. COMBET
Physique : Mr le Pr. J. DELNAU
Chimie et Biochimie : Mr le Pr. J. HUET
Sciences de la Nature : Mr le Pr. R. GINET
Sciences Physiologiques : Mr le Pr. J.F. WORBE
Observatoire de Lyon : M. MONNET (astronome adjoint)
Physique Nucléaire : Mr le Pr. P. GUSAKOW
Mécanique : Mr le Pr. G. CONTE-BELLOT
I.U.T. n° 1 : Mr le Pr B. POUYET
I.U.T. n° 2 : Mr J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur M. COLIN

*Assesseurs : Monsieur le Professeur agrégé P. PALIARD
Monsieur le Professeur agrégé R. LEVRAT
Monsieur le Professeur agrégé J. HOCHMANN
Monsieur le Docteur P. GALLOIS.*

A MON PERE, A MA MERE.

A MON PERE, A MA MERE.

A MON MARI,

A NOS DEUX FAMILLES,

A NOS AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. COLIN,

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Il nous a accueillie avec la plus grande bienveillance.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance et de notre admiration.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY,

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé P. PALIARD,

*Nous sommes très honorée qu'il ait accepté de juger
notre travail.*

*Qu'il veuille bien croire à l'assurance de notre
profonde reconnaissance.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé R. LEVRAT,

*Nous lui sommes très reconnaissante d'avoir bien
voulu examiner notre travail et de participer à notre jury.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR agrégé J. HOCHMANN,

*Il nous a fait l'honneur d'accepter de siéger parmi
nos juges, nous le prions de croire à notre profonde
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. GALLOIS,

C'est lui qui nous a inspiré ce travail et nous a aidée de ses conseils. Nous l'en remercions vivement.

Nous avons reçu dans son service un accueil chaleureux que nous n'oublierons pas. Il restera pour nous un modèle dont nous nous souviendrons tout au long de l'exercice de notre profession.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. REYSS BRION,

Nous le remercions d'avoir animé la séance
d'enseignement post-universitaire consacrée à l'alcoolisme.

Qu'il trouve ici l'expression de notre admiration
et de notre profonde reconnaissance.

A TOUS LES MEDECINS GENERALISTES qui ont bien voulu colla-
borer à ce travail.

AUX MEDECINS DU CENTRE HOSPITALIER DE MACON :

- Monsieur le Docteur BERN,
- Monsieur le Docteur CAVALLARO,
- Monsieur le Docteur DHERS,
- Monsieur le Docteur FAGUER,
- Monsieur le Docteur FALCONNET,
- Monsieur le Docteur PLAUCHU,
- Monsieur le Docteur TROSSAT.

AUX MEDECINS PSYCHIATRES ATTACHES AU CENTRE HOSPITALIER :

- Mademoiselle le Docteur COUVERT,
- Madame le Docteur DALSACE,
- Monsieur le Docteur LYONNET,
- Monsieur le Docteur RUESCH.

*"Ami remplis mon verre
Encore un et je vas
Encore un et je vais
Non je ne pleure pas
Je chante et je suis gai
Mais j'ai mal d'être moi
Ami remplis mon verre
Ami remplis mon verre".*

Jacques BREL ("L'Ivrogne").

- I N T R O D U C T I O N -

Le problème de l'éthylisme et son approche thérapeutique se posent quotidiennement au médecin généraliste et au centre hospitalier de notre région. Nous avons voulu avec Michel DUBERSTEN essayer d'analyser ce qui a été réalisé au centre hospitalier de Mâcon dans ce domaine.

Pour ceci nous avons dépouillé 258 observations de malades éthyliques, hospitalisés pour tentative de modification du comportement alcoolique, durant une période de 18 ans (novembre 1958 à février 1976).

M. DUBERSTEN analyse dans son travail l'épidémiologie de l'éthylisme dans notre région, les moyens thérapeutiques employés à l'hôpital avec en particulier l'étude de la cure de désintoxication, de ses modalités, de ses contre-indications, de ses accidents.

Dans ce travail nous avons personnellement essayé d'analyser les résultats et, par delà les chiffres, nous avons tenté de rapporter quelques observations de malades qui nous paraissaient intéressantes et nous permettaient peut-être d'approcher le problème humain.

D'autre part, il nous a semblé important dans nos deux études d'envisager le problème de l'éthylisme de façon plus large ; Michel DUBERSTEN a cherché à définir la position des médecins généralistes de notre région vis à vis de ce problème ; nous avons personnellement essayé d'apprécier les problèmes que pose à un hôpital de ce type l'accueil du malade en état d'ivresse.

Dans le premier chapitre nous allons envisager l'éthylisme aigu au service d'urgence.

Dans le deuxième chapitre nous exposerons notre étude statistique et surtout les réflexions et commentaires qui en découlent.

- CHAPITRE I -

ETHYLISME AIGU

et service d'urgence (à l'hôpital de Mâcon).

Avant d'aborder le rôle de l'hôpital dans le traitement de l'alcoolisme et les résultats des cures de désintoxication, il nous a paru intéressant de nous arrêter sur le problème de l'accueil (au service d'urgence de l'hôpital de Mâcon) du malade en état d'ivresse aiguë et par extension à celui que le législateur appelle individu "sous l'empire de l'état alcoolique".

I - DEFINITION

. L'ivresse simple se définit par une série de troubles sous la dépendance de l'alcool et de sa quantité absorbée :

- altération des fonctions sensorielles (trouble de la vision, effet anesthésiant).

- troubles de la coordination motrice (troubles de la statique, troubles dans la réalisation de gestes complexes, dysarthrie, altération de l'aptitude à la conduite automobile ...).

- modification de l'humeur avec souvent insouciance, euphorie, excitation intellectuelle et verbale ...

Toutes ces manifestations sont de degré variable avec l'alcoolémie et la tolérance de l'individu.

. L'ivresse compliquée : c'est le coma alcoolique ; urgence médicale du fait de la possibilité de complications respiratoires.

. L'ivresse pathologique : comprend classiquement trois types (GARNIER 1890) :

- l'ivresse excito-motrice est la plus fréquente, elle est faite de violence impulsive avec véritable raptus furieux maximum d'emblée et qui peut durer quelques heures.

- l'ivresse hallucinatoire : hallucinations visuelles ou auditives à caractère effrayant, avec possibilité de réactions impulsives meurtrières. Elle n'est pas très fréquente, dans l'expérience de notre service d'urgence.

- l'ivresse délirante avec ces quatre thèmes essentiels : auto-accusation, mégalomanie, délire de jalousie, délire de persécution ; elle est également rare.

. L' "état alcoolique" : la loi englobe sous ce terme les stades précédant l'ivresse caractéristique ; il n'y a pas de trouble apparent du comportement mais il existe des troubles psycho-sensoriels qui représentent un grave danger en particulier pour la conduite automobile. En fait cet état est défini par le taux de l'alcoolémie (supérieur à 0,80 g/l).

II - LES TEXTES DE LOIS RELATIFS A L'ADMISSION EN SERVICE D'URGENCE DES SUJETS EN ETAT D'IVRESSE (46) :

Trois circulaires ministérielles récentes nous ont paru importantes à rappeler dans ce chapitre ; deux de ces circulaires étant du reste affichées au service d'urgence.

a) - La circulaire n° 1312 du 16 juillet 1973 du Ministre de la santé publique indique :

"Mon attention a été attirée par M. le Ministre de l'intérieur sur le fait que certains hôpitaux auraient refusé d'admettre des sujets amenés par les services de police, sous prétexte qu'ils étaient en état d'ivresse. Ainsi privés de soins, certains sujets se seraient trouvés dans les situations les plus graves dans les commissariats ou au cours des vingt-quatre heures suivant leur sortie du poste où on les avait gardés."

Or les sujets en état d'ivresse présentent une fragilité particulière favorisant diverses affections, notamment pulmonaires ou vasculaires et leur équilibre instable entraîne souvent des chutes non retenues, avec fracture plus ou moins grave. De plus aucun médecin averti ne peut contester que l'alcoolisme chronique est une maladie et l'expérience montre que 80 % des sujets présentant des ivresses répétées sont des alcooliques chroniques.

C'est pourquoi, lorsque les services de police amènent à l'hôpital un sujet en état d'ivresse, que celui-ci soit agité ou présente un coma apparent, il importe de l'admettre, pendant une durée suffisante pour établir le bilan médical exact de son état, ainsi que la présence éventuelle d'une intoxication chronique qu'il conviendrait alors de traiter sans retard ...

Bien entendu il est indispensable également de prévoir qu'à sa sortie de l'hôpital, l'éthylique sera adressé selon le cas :

- soit à son médecin traitant
- soit à un service hospitalier de désintoxication
- soit au dispensaire d'hygiène mental de son secteur.

J'appelle votre attention sur le fait qu'au cas où l'intéressé refuserait les soins réclamés par son état, il devrait être signalé par les autorités hospitalières compétentes à vos services, en vue de la mise en oeuvre éventuelle de la procédure prévue de la loi n° 54.439 du 15 avril 1959 relative au traitement des alcooliques dangereux pour autrui".

b) - Une circulaire du 9 octobre 1975 du ministère de la santé précise cette notion de "soins" :

"... Je crois utile de souligner ici que par "soins" il faut entendre non seulement ceux qui sont dispensés dans le cadre d'un service d'urgence, mais également les cures de désintoxication et mesures médico-sociales de soutien et de réadaptation qu'implique le traitement de l'alcoolique chronique.

La même procédure doit être envisagée lorsque les sujets en état d'ivresse recueillis sur la voie publique sont des récidivistes, et ceci même lorsque les services de police et les brigades de gendarmerie jugent inutile de les conduire à l'hôpital. Je vous invite, en conséquence

à établir toutes les liaisons utiles avec ces services afin que soit ainsi saisie l'occasion fournie par l'application de l'article L. 76, de traiter ces malades alcooliques qui échappent, le plus souvent, à l'action des autorités sanitaires, malgré la gravité de leur état."

Ces deux textes insistent donc sur deux éléments fondamentaux :

- la prise en charge somatique de l'individu en état d'ivresse aiguë.
- l'abord thérapeutique de l'alcoolisme chronique.

Nous essaierons d'analyser ce qui est réalisé à l'hôpital de Mâcon dans ce domaine.

c) - Un autre extrait de la circulaire ministérielle du 9 octobre 1975 est relatif au certificat de "non admission" :

"Pour dégager la responsabilité des fonctionnaires des commissariats de police et des militaires des brigades de gendarmerie qui ont conduit dans les hôpitaux des sujets présumés en état d'ivresse, il a été admis après entente entre mes services et ceux du ministère de l'intérieur et ceux du ministère de la défense, qu'un certificat médical serait délivré par le médecin de garde (ou l'interne, ou l'étudiant hospitalier de garde) aux dits fonctionnaires et militaires de la gendarmerie... En cas de non admission le sujet doit être remis au service de police ou à la brigade de gendarmerie qui l'a conduit à l'hôpital. Il convient que vous attiriez l'attention des responsables des services hospitaliers sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'examen médical des personnes ainsi conduites à l'hôpital ait lieu dès leur présentation pour déceler, éventuellement, certaines affections qui se manifestent par des signes cliniques analogues à ceux de l'ivresse, ou certains traumatismes non apparents susceptibles de mettre en danger la vie des individus et pour qu'une décision d'admission ou de non admission soit prise à leur égard, aussi rapidement que possible".

III - ACCUEIL ET DEVENIR

a) - Le recrutement et le mode d'arrivée de ces sujets :

Les patients vus ainsi au Bloc d'urgence proviennent de plusieurs points :

- Il y a tout d'abord ceux amenés par les pompiers soit directement, soit avec l'aide du service médical d'urgence rapide (S.M.U.R. créé en 1975). Les pompiers sont sollicités :

. sur l'appel des particuliers (sujets ivres trouvés couchés dans la rue, "malaises" éthyliques, bagarres).

. lors d'accidents de la circulation avec blessés. Ces malades sont souvent amenés dans le but de l'hospitalisation.

- Les forces de l'ordre nous adressent :

. les sujets en état d'ivresse, qui se sont manifestés par des bagarres, des actes spectaculaires, du tapage nocturne ; souvent dans le but d'établir un certificat de "non hospitalisation".

. les individus dont l'alcootest s'est révélé positif (alcootest pratiqué lors des accidents de la route, lors des délits de conduite et de plus en plus souvent maintenant lors de contrôles systématiques). Ces patients n'ont donc pas tous des signes extérieurs d'ivresse, ils rentrent dans le cadre "d'individu sous l'empire de l'état alcoolique". L'interne de garde est alors requis pour faire l'examen médical, remplir la fiche A. de "recherche de l'état alcoolique" et effectuer le prélèvement sanguin pour l'aleoolémie.

- Les ambulances privées amènent plus rarement ces malades, elles sont sollicitées par les médecins lors d'éthylisme aigu vu à domicile et dans le but de l'hospitalisation.

- Les malades venant d'eux-mêmes ou avec des tiers sont moins nombreux et surtout depuis que l'hôpital est distant de la ville.

L'équipe infirmière nous a fait remarquer que depuis l'ouverture du nouvel hôpital le nombre d'"éthyliques habitués" a diminué. Il semblait s'être créé en effet un noyau d'éthyliques qui venaient régulièrement à l'ancien hôpital pour

Il y passer la nuit sur un brancard. L'ancien hôpital, "l'Hôtel-Dieu", était au coeur de la ville, donc plus facilement accessible, mais peut-être ces vieux murs étaient-ils plus aux yeux de ces patients le refuge que ne l'est aujourd'hui ce nouveau centre hospitalier (ouvert le 9 avril 1975).

Il existe pourtant encore actuellement une série de familiers (estimés à une dizaine) qui gravitent autour de l'hôpital. Le plus souvent ils sont amenés par les pompiers (ils sont trouvés sur un trottoir), il n'est pas sûr que ce soit le seul hasard qui les ramène régulièrement à l'hôpital. Il y a bien sûr parmi eux quelques S.D.F. (sans domicile fixe) qui rentrent à l'hôpital lors des intempéries mais il faudrait peut-être s'interroger sur ce que représente pour ces individus l'hôpital dans leur ivresse !

b) L'accueil

. Le service d'urgence se compose d'équipes de cinq à six personnes dont deux infirmières (équipe réduite la nuit à quatre personnes) et de deux internes de garde.

. Par ce service passent toute personne qui doit être hospitalisée et tous les "soins externes".

. Ce sont ces équipes qui peuvent le mieux définir ce qu'est l'accueil du malade en état d'ivresse et nous tirons de ce qu'elles nous ont dit les quelques remarques suivantes :

L'accueil de ce type de malade et son "vécu" varient sans doute avec une série de facteurs :

- Le facteur le plus souvent retenu est celui de l'état de tension et de fatigue du personnel soignant. Il apparaît très net que lorsqu'il y a beaucoup de travail, en particulier lorsqu'il y a des blessés graves, l'alcoolique quel qu'il soit est le gêneur. Il "agace" certainement plus que le malade psychiatrique, peut-être parce que à ce moment là on ne lui accorde pas ce statut de malade à part entière.

Au contraire, la tolérance est bien meilleure lorsqu'il y a peu de travail, la nuit en particulier : *"il peut alors rester trois heures et on rigole ensemble"*

Dans leur hôpital, à part dans quelques périodes, l'équipe médicale estime qu'elle reste assez disponible. Le seuil de tolérance apparaît assez rarement dépassé avec les exceptions que constituent la période des vendages, celle de la foire au vin et certaines fins de semaine où l'afflux d'éthyliques est trop grand.

. Un élément qui a semblé important dans la relation est le type d'éthylisme :

- le vieil éthylique amuse, on ne le trouve pas dangereux ; il est souvent très "folklorique" par ses chansons, ses mimiques et il fait rentrer ceux qui l'entourent dans un dialogue divertissant et drôle tournant souvent autour de plaisanteries sur l' "alcool". C'est ce type d'éthylique dont on dit qu'il est atteint de "*malaise de Bacchus*" ou d'un "*coup de pied de tonneau*". C'est certainement le "bon éthylique" qui contraste avec l'autre sorte d'éthylique bien individualisée :

- L'éthylique jeune : au contraire il inquiète et fait peur. D'abord parce qu'il est souvent violent et agressif (agression verbale qui peut rapidement s'accompagner de gestes) et aussi parce que son éthylisme est vécu comme très pathologique, beaucoup plus que celui du sujet âgé. Cette agressivité apparaît au café, dans la rue, elle croît avec l'arrivée des forces de l'ordre et elle est à son maximum à l'hôpital et surtout bien sûr lorsque la police attend devant la salle de soins ... Tout dialogue est souvent impossible dans ce climat de tensions intenses.

Une remarque à ce sujet nous a semblé intéressante :

"Les plus violents le soir sont souvent ceux qui le lendemain dans les services sont les plus serviables. On ne les reconnaît pas tant ils sont gentils et cherchent à nous être agréables..."

Ceci traduit probablement la forte culpabilisation de ces patients ; culpabilisation créée par le monde extérieur qui ne sait souvent que rejeter l'alcoolique.

. Un facteur qui joue également un grand rôle est celui de la personnalité de celui qui accueille. Un infirmier nous a dit "*je sais que je ne peux pas les supporter, alors je n'y vais pas ...*" ; par contre, d'autres éléments

de l'équipe (et en particulier les femmes) semblent pouvoir faire cette approche plus facilement ; mais ceci est vrai surtout pour le vieil éthylique que l'on couche, souvent qui est déshabillé, lavé ... materné.

Dans tous les cas il semble impossible à l'équipe d'aborder le problème de l'alcoolisme de façon réelle : avec l'éthylique folklorique on plaisante autour de la "bouteille" mais les problèmes sous-jacents sont inabordables ; avec les sujets violents toute approche de ce sujet est vécu comme une agression et peut déclencher un paroxysme de violence. La relation est également difficile avec l'individu amené pour alcoolémie puisqu'il n'est pas venu volontairement à l'hôpital et puisque aux yeux du patient l'équipe soignante est plutôt à ce moment là punitive que compréhensive.

Les soignants, bien sûr, déplorent cette situation car l'alcoolique arrive malheureusement à s'intégrer dans une routine de travail presque normale. L'alcoolisme est "banalisé" et ne mobilise plus l'attention des soignants. Quelques souhaits ont été formulés pour essayer peut-être d'établir un certain contact avec ce type de patients comme avec tous les autres :

- . les locaux apparaissent froids, sophistiqués ; chaque boxe devrait avoir des chaises pour que le patient puisse s'asseoir en face de l'infirmier, du médecin ; ceci éviterait qu'il soit couché et qu'il se sente inférieurisé ...

- . la présence de la police, bien sûr nécessaire dans certains cas, aggrave notablement l'agressivité des jeunes et fausse toute relation possible.

c) - Le devenir :

Tous ces sujets sont vus par l'interne de garde à leur entrée. Le dosage de l'alcoolémie tend à devenir systématique et surtout pour les malades hospitalisés.

Trois éventualités sont possibles :

- le malade reste à l'hôpital et ceci pour des motifs d'ordres médicaux, chirurgicaux ou psychologiques. Il est très net que chaque interne n'a pas la même attitude vis à vis de ce type de patient et donc n'applique pas les mêmes critères d'hospitalisation. C'est probablement dans ces situations souvent tendues que chacun démasque sa propre personnalité, sa propre attitude vis à vis

du problème de l'alcoolisme.

- le sujet est "pris en charge" par les services de police ; il est gardé au commissariat le temps nécessaire à ce qu'il ne soit plus ivre (avec souvent alcootest négatif comme référence).

- le sujet rentre chez lui, l'interne ne jugeant pas nécessaire l'hospitalisation ; mais de toute façon son départ est "protégé" , (véritable règle du Service d'urgence de Mâcon), c'est-à-dire qu'il est ramené chez lui par un taxi demandé par l'hôpital. C'est souvent le cas du "récidiviste", de l' "habitué".

En définitif, les hospitalisations sont relativement fréquentes, comme le montrent les quelques résultats présentés plus loin. Ceci est possible grâce à l'organisation de l'hôpital. Tous les services médicaux et chirurgicaux peuvent admettre ces malades de jour comme de nuit ; les directives des médecins-chefs de service sont dans la mesure du possible d'hospitaliser ces sujets ; toute ivresse aiguë qui arrive à l'hôpital étant jugée pathologique. Ceci est bien sûr possible parce que l'hôpital reste d'importance moyenne, parce qu'il ne draine pas une population trop importante.

IV - ETUDE DE QUELQUES DONNEES NUMERIQUES

Pour la période qui s'étend du 1er novembre 1975 au 30 octobre 1976 nous avons noté 434 sujets vus au Bloc d'urgence pour ivresse aiguë.

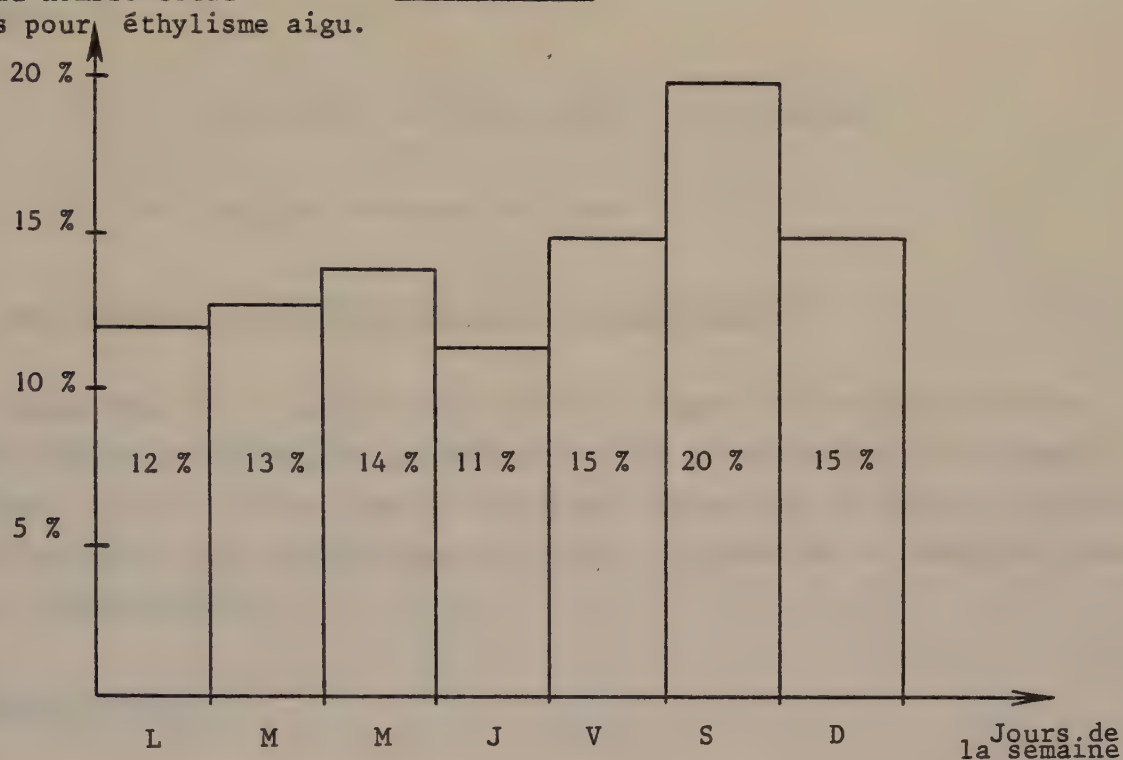
Ces 434 sujets se répartissent ainsi :

- 21 femmes, soit 5 %
- 413 hommes, soit 95 %.

a) - Répartition des entrées pour ivresse aiguë selon le jour de la semaine :

% des entrées par
rapport au nombre total
d'entrées pour éthylisme aigu.

Tableau n° 1



Il apparaît nettement dans ce tableau que plus d'un tiers des entrées de ce type se fait entre le samedi et le dimanche.

b) Devenir des 434 entrées : nous les résumons dans ce tableau :

Tableau n° 2

	<u>HOSPITALISATIONS</u>		<u>COMMISSARIAT</u>		<u>SOINS EXTERNES</u>
	Médecine	Chirurgie	alcoolémies certifi- cats non hospita- lisation		(les sujets rentrent chez eux)
Hommes	68	26	116	147	56
Femmes	10	0	5	2	4
Total	78	26	121	149	60
% par rapport au chiffre total	18 %	6 %	28 %	34 %	14 %

Soit donc :

- . 24 % de malades gardés à l'hôpital (service de médecine ou service de chirurgie).

- . 62 % de sujets pris en charge par le commissariat.

- . 14 % de gens qui rentrent chez eux.

c) - Les malades hospitalisés en service de médecine :

. Ils sont donc 78 et représentent 1,5 % de toutes les entrées médicales dans cette période (5364 entrées de médecine). Ils correspondent à 68 hommes et 10 femmes ; il est à noter que la moitié des femmes vues au Service d'urgence est hospitalisée , ceci probablement parce que l'ivresse de la femme est vécue comme très pathologique.

. Durée du séjour

Durée du séjour	Nombre de malades
Inférieur à 3 jours	28
de 3 à 5 jours	19
de 5 à 7 jours	6
de 7 à 15 jours	14
Plus de 15 jours	11

Ce tableau appelle quelques remarques :

- les hospitalisations courtes correspondent à des "ivresses simples", les sujets insistant pour sortir rapidement. On relève également une sortie avec décharge et une évasion le lendemain. Ces hospitalisations ont probablement été suffisantes sur le plan somatique (sujets jeunes le plus souvent) mais le problème de l'éthylisme n'a certainement pas pu être abordé complètement. C'est

souvent le malade qui demande sa sortie sans qu'une mesure thérapeutique à long terme ait pu être envisagée. Trois de ces malades ont fait dans cette période plusieurs séjours pour le même motif.

- les hospitalisations de durée supérieure à 3 jours :

. Elles correspondent à des malades pour lesquels un bilan somatique et souvent psychologique était nécessaire, et accepté par le malade.

. Huit cures de désintoxication ont été réalisées dans les suites immédiates.

. Principales complications observées chez ces 78 hospitalisés au moment de leur entrée :

- Troubles psychiatriques : 13 cas se décomposant ainsi :

- tentative de suicide : 1 cas
- troubles névrotiques : 4 cas
- troubles neuro-dystoniques : 1 cas
- troubles psychiatriques majeurs : 2 cas qui ont été rapidement admis à l'hôpital psychiatrique
- troubles du comportement : 3 cas
- agitation : 2 cas.

- Comitialité - malaises d'étiologie non déterminée : 5 cas.

- Complications somatiques : 10 cas correspondant à des éthyismes anciens à traduction neurologique, hépatique ...

- Hématome intra cérébral : 2 cas rapidement envoyés dans un service de neuro-chirurgie.

Ainsi au moment de leur entrée 30 sujets présentaient une ivresse compliquée, les 48 autres admis l'étaient sur le seul diagnostic d'ivresse aiguë.

d) - Les malades hospitalisés en chirurgie :

. Ce sont 26 hommes.

. Les motivations de leur hospitalisation en milieu chirurgical sont variées, nous avons pu distinguer :

- 17 hospitalisations pour traumatisme crânien et perte de connaissance.
- 3 hospitalisations pour traumatisme crânien sans perte de connaissance.
- 6 hospitalisations pour fractures et plaies diverses.

La durée de l'hospitalisation est très variable, elle est en moyenne de huit à neuf jours pour les traumatismes crâniens, elle est beaucoup plus longue pour les autres atteintes.

IV - CONCLUSION

Au terme de cette courte étude plusieurs conclusions peuvent être tirées :

La prise en charge somatique de l'éthylique aigu semble être réalisée dans de bonnes conditions à l'hôpital de Mâcon : les hospitalisations représentent un quart de ces cas.

Cette qualité de la prise en charge (malade vu rapidement par l'interne de garde, sortie du malade toujours "protégée") est possible parce qu'il y a relativement peu d'ivresses aiguës vues au service d'urgence par rapport aux centres d'accueil des grandes villes.

La prise en charge thérapeutique à long terme est difficile ; c'est un problème difficilement abordé dans les conditions de travail des services d'urgence ; il s'inscrit dans le problème très global que pose l'alcoolisme en France, mais il serait fondamental que les services d'urgence puissent contribuer à l'approche thérapeutique et à la compréhension de ce problème et n'acceptent plus la banalisation de cette pathologie.

- C H A P I T R E I I -

ETUDE DES RESULTATS DE 258 CURES DE DESINTOXICATION OU SEVRAGES REALISES A L'HOPITAL DE MACON

I - LES FORMES CLINIQUES DE L'ALCOOLISME

A - Généralités

Il nous est vite apparu à la lecture des dossiers qu'il fallait distinguer sous la dénomination "alcoolique" de nombreux types d'éthylisme. Chaque observation analysée correspond à un être humain particulier, l'ensemble de ces êtres humains ayant pour trait d'union leur "comportement alcoolique", c'est-à-dire l'excès de boissons alcoolisées. JELLINEK parle de cette famille qu'est l'alcoolisme dans laquelle deux facteurs sont communs, l'intempérance et les altérations pathologiques qui en résultent.

A l'intérieur de cette "famille" nous avons tenté de classer nos observations tant il nous est vite apparu que la conduite à tenir, l'évolution à long terme, variaient en fonction du type d'éthylisme. Mais nous avons eu des difficultés certaines à faire ce "déchiffrement" des conduites alcooliques sur un nombre relativement important de dossiers.

Ces difficultés tiennent à un ensemble de facteurs :

1/ ➤ Le facteur le plus important est sans doute le manque d'informations sur "l'histoire" alcoolique du malade. Nous avons été parfois surprise par le contraste entre l'analyse des atteintes somatiques du malade, précise, systématique et l'analyse rapide et superficielle du passé alcoolique dans nos dossiers hospitaliers comme dans les lettres d'admission de quelques médecins. Ceci est surtout vrai pour les observations très anciennes.

Alors que la polynévrite, l'hépatomégalie étaient à juste titre bien recherchées, l'approche individuelle était parfois négligée et le terme laconique "vient pour une cure" trop souvent retrouvé.

. Ainsi dans le dossier de Monsieur CO... H. (Octobre 1962), la lettre d'admission du médecin traitant indiquait :

"... Je vous adresse cet éthylique qui est d'accord pour subir une cure de désintoxication ..." ; l'interne de garde au terme de l'observation concluait : "Rien de particulier sinon un éthylisme avoué à trois, quatre litres par jour depuis plusieurs années ..." ; seul le médecin hospitalier essaya l'approche psychologique de ce malade.

Il est probable que ceci relève de la personnalité même des "observateurs" et de leur propre attitude vis à vis de l'alcoolisme et de son traitement (attitude moralisatrice : le "manque de volonté" résumant alors le motif de l'hospitalisation ; attitude sceptique vis à vis des résultats de l'hospitalisation ; attitude pseudo-indifférente des problèmes psychologiques de l'individu et attirance au contraire vers la belle observation somatique ...).

Il est aussi fortement probable que notre manque de formation universitaire vis à vis de ce problème explique les lacunes de certains dossiers. Autant nous avons eu de cours sur les complications somatiques, hépatiques, gastriques, neurologiques, encéphaliques ..., autant nous sommes désarmés devant l'approche psychologique et humaine de ces malades.

Schématiquement notre langage avec ce malade n'a appris qu'à passer par la palpation du foie, par la prothrombine et les réflexes ...

Mais l'alcoolisme est tellement répandu, c'est un tel fléau social, familial, que tous les médecins devraient pouvoir écouter et chercher à entrevoir la souffrance de ces malades.

La "rencontre" initiale, les premières circonstances de prise en charge sont dans la majorité des cas le fait du médecin généraliste et c'est à cette rencontre que nous n'avons pas été préparés.

Peut-être n'avons nous pas assez sollicité cet enseignement, tant l'alcoolisme

comme le suicide et la folie peut nous renvoyer à notre propre personnalité et à nos propres problèmes !

2/ - L'autre facteur tient à la personnalité même de ces malades ; l'alcoolique a "peu de discours". Nous avons souvent noté sur les observations : "malade au contact difficile", "malade qui est fermé aux questions personnelles"... La communication est en effet souvent difficile avec ces sujets qui ont peur de subir le même rejet qu'à l'extérieur, cette peur étant souvent partiellement levée lorsqu'ils ont pris contact avec l'équipe hospitalière et lorsque l'on a pu les mettre en confiance. L'environnement humain est donc certainement très important dans le traitement de l'alcoolisme à l'hôpital.

Mais cette pauvreté du discours va certainement aussi dans le sens des défenses inconscientes de ces malades qui se retranchent derrière leur symptôme alcoolique et qui ont peur que l'on en explore les motivations.

Tel malade demandait avec vigueur qu'on lui fasse "sa cure" le plus vite possible, qu' "il était là pour celà", qu' "il n'avait pas de temps à perdre" alors qu'il était au stade de "pré-cure psychothérapique". Il est alors bien facile de tomber dans le piège du symptôme alcool et de ne pas évoquer les problèmes sous-jacents.

B - Rappel des classifications des alcooliques : (12)

1/ - JELLINECK s'est servi pour établir sa classification de la notion de liberté du sujet vis à vis de l'alcool. Elle peut être aliénée à des degrés divers et ceci tant pour des incidences personnelles physiques que psychiques.

- dans l'alcoolisme alpha il y a une dépendance continuelle, purement psychologique avec recours aux effets de l'alcool pour soulager la douleur psychique ou émotionnelle.

- dans l'alcoolisme bêta interviennent l'habitude, le milieu, la profession. Il n'y a pas de besoin psychologique réel sous-jacent. Mais il y a apparition dans l'évolution de troubles somatiques secondaires à l'imprégnation éthylique (gastrite, cirrhose, polynévrite, etc ...).

- dans l'alcoolisme gamma il y a état de besoin avec dépendance

physique vis à vis de l'alcool et "perte de contrôle". Cette perte de contrôle est telle que le sujet est incapable de s'arrêter et boit jusqu'à l'ébriété. La dépendance physique se complique progressivement d'une dépendance psychologique.

- dans l'alcoolisme delta un pas de plus est franchi par rapport à la catégorie précédente, par le fait que l'impossibilité de s'abstenir de boire remplace la simple perte de contrôle de la quantité consommée.

- dans l'alcoolisme epsilon le désir de boire évolue par crises. C'est ce qui correspond à notre notion de dipsomanie.

2/ - D'autres auteurs tels LEREBOULLET regroupent après JELLINEK deux grandes variétés d'alcoolisme :

- la première est l'alcoolisme simple où il n'y a pas de toxicomanie (type alpha et bêta).

- la deuxième est l'alcoolisme toxicomaniac où à des degrés variables se sont constituées dépendances psychologique et psychique. L'individu a perdu sa liberté vis à vis de l'alcool (type gamma et delta).

3/ - FOUQUET distingue grâce à de nombreux critères (âge d'apparition de l'intolérance envers l'alcool, variété d'alcool utilisé, mode d'alcoolisation, antécédents héréditaires, incidence de l'alcoolisme sur la famille, évolution) :

- les alcoolites regroupant les buveurs d'habitude évoluant surtout vers les décompensations somatiques, mais pouvant également constituer des alcooloses.

- les alcooloses : dans ce groupe on retrouve les buveurs pour lesquels il y a une baisse importante de la tolérance vis à vis de l'alcool. Le comportement en est gravement perturbé dès le moindre verre, il y a impossibilité de se passer du toxique.

- les somalcooloses : sujets jeunes dont l'alcoolisme évolue par crises brèves à forme compulsive (lutte contre le besoin avec forte charge

anxieuse, reprise du besoin avec lutte, anxiété, alcoolisation, etc ...).

4/ - REQUET en particulier dans la thèse de NACHIN (53) distingue le buveur "traditionnel" ou "non psychiatrique" et le buveur "psychiatrique". Le premier est "un homme qui boit souvent trop parce que telles sont les mœurs. Il s'achemine vers une décompensation viscérale de son alcoolisme. Il vient parfois se faire désintoxiquer aux portes de la cirrhose ou auparavant parce qu'il estime que l'alcool finit par peser trop lourd dans son budget ou dans sa vie". Il n'y a pas de troubles professionnels ou familiaux.

En opposition il distingue le "buveur psychiatrique" qui se caractérise par sa fragilité psychique, ses troubles graves du comportement et par un certain nombre de situations anormales dans son histoire : les "situations parapsychiatriques qui donnent un caractère psychiatrique à la vie de l'individu".

C - Classification adoptée

La classification adoptée dans notre étude est celle proposée par REYSS-BRION (65), c'est elle qui nous paraissait la plus applicable à nos dossiers.

A côté de l'"abstinente", du "tempérant", du "buveur occasionnel" qui ne sont pas bien sûr vus à l'hôpital pour alcoolisme, il distingue :

1/ - Le buveur d'habitude

Il consomme de façon excessive lors des repas et aussi de façon extra prandiale. A côté des facteurs "internes" que sont l'anxiété, la tension nerveuse, la solitude morale et la recherche du mieux-être, ce type de buveur est victime de pressions "externes" très fortes dans notre pays.

Nos rites sociaux, notre code de politesse, notre passé culturel favorisent cette consommation excessive. N'est-il pas établi dans notre société que chaque succès (social, professionnel, familial) "s'arrose", et que chaque échec se "noie".?

L'alcool représentant alors pour nous peut-être le meilleur moyen de communiquer avec l'autre, comme si l'alcool levait la retenue et facilitait la sociabilité.

C'est dans ce type d'éthylisme que l'on parle d'éthylisme professionnel, mais tous les cafetiers, tous les maçons, tous les vignerons ne boivent pas ; il faut

un terrain psychologique fragile ou fragilisé pour que l'éthylisme se développe sous les pressions extérieures. Ce n'est pas que le prolongement accidentel d'une habitude alimentaire.

La pression externe est nettement aggravée en France par les multiples débits de boissons (200 000 licences IV recensées en 1975) (46), par la modicité relative du prix des boissons alcoolisées et du vin par rapport au jus de fruit, par la mauvaise éducation sanitaire, par la publicité masquée ou non (publicité souvent habile associant l'alcool à des valeurs recherchées telles force, plaisir, virilité, détente, hospitalité et parfois santé ...). Peu de choses sont faites pour qu'il y ait une prise de conscience collective du danger de l'alcool.

Dans cette classification les buveurs d'habitudes ne sont pas encore alcoolomaniaques et gardent la possibilité de réduire leur consommation.

Mais il peuvent avec les années constituer les complications de l'alcoolisme chronique et c'est souvent pour une de ces complications qu'ils voient leur médecin.

Ce type de buveur est le plus souvent suivi par son médecin. Dans l'enquête réalisée dans le cadre de cette étude, les médecins généralistes estiment qu'ils prennent en charge 60 à 80 % de ces éthyliques.

2/ - L'alcoolomane secondaire :

L'alcoolique d'"habitude" peut voir au bout de vingt à trente ans d'excès, parfois plus tôt, son comportement changer vis à vis de l'alcool. Il se produit un "changement irréversible" de la façon de boire et la "perte de liberté à l'égard de l'alcool" (P. FOUQUET) alors que la tolérance diminue. Ce changement est-il dû aux propriétés toxiques de l'alcool, ou est-il dû plutôt à l'intégration profonde de la drogue dans l'économie psychique de l'individu à un moment de crise ? ("Depuis que ma femme est morte ..." Depuis que mon mari est brouillé avec sa fille"...).

Boire devient alors un besoin impérieux physique et psychique. Boire apaise pour un temps les tensions nerveuses, l'irritabilité, la fatigue, l'agressivité grandissante tandis que la dépendance physique est caractérisée par l'apparition des signes de sevrage : tremblements matinaux des mains, de la langue, myoclonies,

agitation motrice, asthénie et "manque d'entrain".

Le rythme de consommation change, le besoin apparaît dès le matin, le toxique doit être repris tout au long de la journée et parallèlement il est de moins en moins bien toléré.

Cette dépendance est souvent bien verbalisée par les malades :

" Je dois boire pour aller travailler, pour prendre des forces".

" L'alcool est pour moi un besoin".

" Je n'y comprends rien, quelque chose me pousse".

" Ce ne peut plus continuer ainsi, je ne peux plus m'en passer".

" Vient supplier "qu'on fasse quelque chose sinon je finirai à l'asile ..."

" Je ne veux pas que le démon me reprenne".

" J'ai besoin de boire le matin pour grimper aux échafaudages..."

A ce stade de dépendance "le vin est devenu un remède illusoire à des symptômes qu'il a fini par créer" (REYSS-BRION). Peu à peu se crée tout ce cortège de conséquences familiales, professionnelles, sociales et physiques qui font que l'éthylique est rejeté, mis au banc de la société alors que justement il aurait besoin d'aide. Cette société si fière de la "virilité" du joyeux vivant alcoolique repousse alors ce "vieux".

Ce sont ces malades que l'on couvre de conseils moralisateurs, d'appels à la dignité, que l'on menace et dont on dit qu' "ils n'ont pas de volonté", alors qu'ils sont devenus dépendants de leur drogue.

3/ - L'alcoolisme primaire

Défini par REYSS BRION comme "une organisation névrotique profonde et primitive avec des problèmes d'agressivité envers une image paternelle

violente et sévère et une intégration précoce de l'alcool dans le psychisme" (67). COTTRAUX a étudié la structure psychotique de cet alcoolisme (19).

En pratique pour nous à l'hôpital général, ce sont des sujets souvent jeunes (dans notre étude la moyenne d'âge est de 32 ans) présentant de gros troubles de la personnalité avec des problèmes de tensions et de souffrances internes.

L'alcool est alors leur médication psychotrope, leur secours contre la peur et il faut alors pouvoir leur donner autre chose pour apaiser cette peur.

Ils apparaissent généralement très perturbés dans leur milieu familial, social et professionnel. L'alcool est alors l'agent thérapeutique que ces malades se sont donnés pour tenter de "colmater" les brèches de leur structure et de leur immaturité. Ces cas sont, dans nos observations, rapidement confiés à l'équipe psychiatrique. Mais parfois (en particulier dans les cas de malades qui se sont suicidés et que nous présenterons plus loin), le symptôme alcoolique a mobilisé attention et énergie masquant la structure et la demande profonde du sujet.

Ce sont les cas les plus angoissants et les plus désarmants au point de vue thérapeutique.

Ils sont le plus souvent hospitalisés pour des tentatives de suicide, des ivresses pathologiques, des crises d'agitation, des épisodes délirants. Nous avons été frappée dans ces observations d'éthylismes dits psychiatriques par le nombre de situations conflictuelles ou anormales. Presque la moitié de ces malades (14 sur 33) avait eu une enfance très troublée : rejet par leur famille, antécédents psychiatriques familiaux, divorce des parents, enfant de l'assistance publique et parmi ceux qui étaient mariés un bon nombre avait des problèmes conjugaux importants (femme dépressive, instance de divorce ...).

4/ - L'éthylisme paroxystique :

Nous avons voulu individualiser ce type d'éthylisme tant il nous a paru fréquent. Il se rapproche très certainement de l'éthylisme primaire tant le comportement alcoolique paraît sous-tendu par des perturbations caractérielles intenses.

La consommation éthylique y est irrégulière, paroxystique, souvent massive et

polymorphe. Les manifestations caractérielles au moment des paroxysmes sont majeures (bagarres, actes spectaculaires) tel que le décrivait la femme d'un malade : "... Lorsqu'il ne boit pas il est très gentil ; dans la semaine il boit un peu de vin rouge mais pas du tout de vin blanc, il travaille normalement. Ce n'est que le samedi et le dimanche qu'il boit avec des amis : il boit beaucoup de vin blanc et à ce moment là il est très agité, excité, méchant et il bat ses beaux-parents ...".

Les éthyismes de week-end sont en effet très fréquents chez les jeunes, mais ils ne doivent pas toujours être pris comme de "simples éthyismes" d'entraînement.

D'autres exemples sont assez typiques de ce type d'alcoolisme :

"... De temps en temps, lors des coups de cafard, il absorbe jusqu'à vingt canettes de bière par jour ...".

"... Ethylisme paroxystique : reste parfois 15 jours sans boire, éthylisme dont la motivation actuelle est essentiellement une motivation de tranquillisant et d'euphorisant. Il a toujours été solitaire, toujours eu des difficultés avec l'entourage, difficultés à demander les choses et lorsqu'il a bu il n'a plus cette appréhension de parler. Le blocage d'expression est levé par le vin ...".

Tel médecin nous écrivant à propos d'un malade :

"... Poussées accompagnées d'état dépressif, d'anorexie, d'aboulie avec idées de dévalorisation, d'auto-accusation. Je ne sais pas la cause de ces poussées qui guérissent spontanément en un à deux mois, plus rapidement avec le traitement. En dehors des crises travaille et se sent bien ; pénible lors des crises, n'est pas méchant mais comportement incohérent : prend son fusil mais le lâche facilement en plaisantant ...".

5/ - L'acoolisme féminin :

Dans ce travail nous avons recueilli 21 observations de femmes venant à l'hôpital pour tentative de désintoxication.

L'approche de l'éthylisme de la femme est difficile tant sa conduite alcoolique

est généralement très dissimulée et beaucoup plus culpabilisée que chez l'homme. Les causes les plus apparentes de cette culpabilisation sont d'origine sociale : autant l'alcoolisme masculin peut s'inscrire dans une certaine mythologie autant nous repoussons l'image de la femme qui boit.

Il nous a semblé intéressant de rapporter ici l'observation d'une malade : elle illustre bien cette sorte d'éthylisme et l'aspect très mobilisateur de l'alcoolisme féminin :

Observation de Madame DA... M.

- Il s'agit d'une femme de 34 ans, hospitalisée pour la première fois en décembre 1961. Elle est mariée et a quatre enfants. L'hospitalisation a été décidée par le médecin traitant pour : mauvais état général, cirrhose alcoolique, troubles psychiques à type de confusion, désorientation, troubles de la mémoire et agitation évoquant un début de syndrome de Korsakoff.

A l'entrée : malade qui ne reconnaît pas l'intoxication alcoolique (pourtant importante et ancienne d'après la famille) ; pas d'antécédents familiaux ni personnels notables.

Le problème du comportement éthylique est difficilement abordable ; il n'y a aucune demande thérapeutique de la malade à ce sujet.

Le bilan somatique et biologique est déjà très perturbé :

- cirrhose avec hépatomégalie à trois travers de doigt, dure ; perturbations du test hépatique, prothrombine à 48 %, rapport S/G : 0,67.
- polynévrite des membres inférieurs
- troubles psychiques.

Cette première hospitalisation se complique d'abcès multiples et ostéite de la cheville. La malade reste six mois à l'hôpital, l'état général s'améliore de même que l'état hépatique (Prothrombine à 70 %, rapport S/G : 1,10 en juin 1962), mais il n'y a toujours aucun contact psychothérapique possible.

La malade sort en juin 1962, elle refuse une convalescence en maison de repos.

Madame D... fait deux séjours en milieu psychiatrique en 1963 et 1965 ; puis elle

est revue de nombreuses fois à l'hôpital à partir de juin 1966 (six hospitalisations dont l'une est motivée par une tentative de suicide, les autres pour ivresse aiguë). En 1969, lors d'un séjour hospitalier le problème de l'éthylisme semble pouvoir être évoqué, la patiente accepte une cure de dégoût : en fait, elle ne prend pas les comprimés d'Espéral et il n'y a aucune réaction Espéral-vin.

En 1970, en accord avec l'équipe psychiatrique, toute psychothérapie paraissant impossible, on essaie un encadrement socio-professionnel : Madame D... travaille à l'hôpital comme femme de service. Elle travaille ainsi quatre mois à l'hôpital puis ne revient plus à son poste.

L'histoire de cette malade se termine en 1975 ; elle décède en décembre 1975 à l'âge de 48 ans d'un coma hépatique. Cette malade a donc été suivie pendant 14 ans pendant lesquels l'équipe soignante s'est constamment mobilisée, et nous n'avons pas retrouvé d'exemple identique chez les hommes éthyliques.

Nous avons remarqué, comme dans cette observation précédente, que les demandes "spontanées" de cure étaient rares et que ces femmes étaient le plus souvent soumises à des pressions familiales et sociales.

L'éthylisme était souvent nié à l'entrée ou fortement minimisé, parfois peu à peu ces malades arrivaient dans une atmosphère de confiance optimum à parler de leur éthylisme.

. Il est généralement reconnu que l'éthylisme féminin a des racines psychiatriques beaucoup plus fortes que celui de l'homme avec souvent une profonde désorganisation névrotique de la personnalité.

. Dans cinq cas nous avons constaté l'existence d'un éthylisme conjugal. Le couple d'éthyliques pose alors des problèmes thérapeutiques particuliers et là encore, plus que dans tous les autres éthylismes, le couple doit être pris en considération dans son ensemble tellement son équilibre est fragile.

L'observation de Madame BE... D. nous semble démonstrative du problème de l'éthylisme conjugal :

. Madame BE... D. est hospitalisée en août 1965 à sa demande pour cure de désintoxication éthylique. Elle a 34 ans. On note des antécédents d'alcoolisme

familial (père - mère) et conjugal.

*L'intoxication est ancienne, paroxystique ; malade présentée comme caractérielle-
ment très instable. La cure est fortement désirée (apparition de signes d'intolé-
rance physique). La post-cure est faite par le médecin généraliste pendant un
an.*

En octobre 1976, ce médecin nous répond :

*"Abstinence totale, Madame B... a eu une fille, mais son mari boit de plus
en plus ...".*

. L'âge de début de l'intoxication est souvent difficile à situer mais il nous
a paru un peu plus tardif que chez l'homme. La majeure partie des malades ayant
entre 40 et 49 ans lors de leur hospitalisation (rôle de l'approche de la ménopau-
se et de son vécu angoissant dans l'aggravation de l'éthylisme).

D - Conclusions

Nous voudrions signaler encore le caractère certainement très artificiel de
toutes les classifications des éthylismes. Il nous est apparu cependant néces-
saire de faire ces cinq rubriques tant l'évolution thérapeutique, le mode de
prise en charge est souvent différent. Nous avons bien conscience du danger des
"étiquettes" collées sur chaque "cas" et du rejet que pourrait appeler cette
classification de la part du généraliste. Il faut toujours se demander si,
lorsque l'on parle de tel ou tel type d'éthylisme, on n'évite pas de parler de
l'alcoolique ou des alcooliques.

Dans ce travail nous n'avons pas classé 26 observations tant celà nous paraissait
difficile et arbitraire.

D'autre part, il est très important pour bien aborder le problème de l'éthylisme
de replacer l'individu dans ses antécédents familiaux (surtout peut-être pour
les éthyliques dits "psychiatriques") et dans son présent familial et conjugal.
C'est ce qui a été dans notre étude une préoccupation constante du médecin
hospitalier et de son équipe.

Chaque cas correspond en fait à un être humain avec sa propre histoire, ses propres problèmes : "il y a autant d'alcoolisme que d'alcooliques" (COTTRAUX) (19).

Une observation, parmi beaucoup d'autres, illustre cette nécessité de connaître la "constellation" familiale :

. Cas d'un malade de 38 ans, Monsieur C... au sujet duquel est noté, dans l'observation :

"... Il a des soucis chez lui, il supporte mal ses enfants qui crient trop ainsi que sa femme.

Il s'ennuie chez lui et est surmené ; il n'y a qu'à l'usine qu'il se sent bien. Pendant son travail il n'a pas envie de boire alors que chez lui il a toujours soif ...".

Dans l'examen de nos 258 dossiers, nous avons défini :

- alcoolisme d'habitude sans dépendance	: 83
- alcoolisme secondaire avec dépendance	: 75
- alcoolisme psychiatrique	: 33
- alcoolisme paroxystique	: 20
- alcoolisme féminin	: 21
- alcoolisme non classable	: 26.

II - ETUDE DES RESULTATS

A - Présentation des dossiers

1/ - Technique d'étude

. Nous nous sommes appliquée à l'étude du devenir des 258 malades vus à l'hôpital de Mâcon durant une période s'écoulant de novembre 1958 à février 1976 pour "tentative de modification du comportement alcoolique" et de sevrage. Ces 258 observations ne représentent certainement qu'une partie des cures effectuées à l'hôpital en 18 ans, ceci tient à des difficultés de secrétariat et de classement, aux péripéties du déménagement récent de l'ancien hôpital à un établissement neuf (1975).

. Nous avons intentionnellement limité les dernières observations à février 1976, ainsi toutes comportent un recul d'examen, recul nécessaire pour apprécier les résultats.

L'étude épidémiologique a été réalisée dans la thèse de Michel DUBERSTEN.

. Ces 258 observations se décomposent ainsi :

- 237 hommes : . 188 ont une cure de dégoût au disulfirame (Espéral)
- . 15 ont eu un sevrage avec prise d'Espéral (mais sans test)
 - . 29 ont eu un sevrage sans Espéral
 - . 2 ont eu une cure à l'apomorphine
 - . 3 ont eu une cure mixte (apomorphine et Espéral).
- 21 femmes : . 15 ont eu une cure classique
- . 5 ont eu un sevrage sans Espéral
 - . 1 a reçu de l'Espéral sans test.

Les motifs qui ont poussé le médecin hospitalier à adopter tel ou tel traitement (cure, sevrage avec ou sans espéral, apomorphine) sont bien étudiés dans la thèse de Michel DUBERSTEN. En résumé, ils ont correspondu à des critères somatiques ou psychiques.

. Nous avons à notre disposition pour réaliser cette étude, les dossiers hospitaliers qui nous renseignaient sur : l'histoire clinique, les modalités de la cure, l'éventuelle post-cure si celle-ci avait été effectuée à l'hôpital, les hospitalisations itératives. Un bon nombre de malade a ainsi pu être suivi pendant des mois voire des années.

Il nous était également nécessaire d'avoir la collaboration des médecins qui avaient adressé ces malades : la post-cure a été faite parfois exclusivement par le médecin généraliste et c'est lui qui nous a semblé être le plus proche de l'individu et de sa famille tout en ayant avec l'hôpital un lien permanent.

Ainsi il a été adressé un questionnaire type à 54 médecins, à propos de chaque malade (voir fiche n° 1 page suivante). Il nous est arrivé dans un certain nombre de cas de contacter deux ou trois médecins pour chaque malade (médecin traitant habituel, médecin vu en garde, psychiatre). Nous avons également contacté oralement plusieurs médecins. D'emblée, nous tenons à signaler le très grand nombre de réponses obtenues, réponses souvent très détaillées. Ceci tient certainement à plusieurs raisons :

- dans notre région le problème de l'alcoolisme est primordial et préoccupe au premier plan le médecin praticien.

- les généralistes se sentent intégrés dans l'équipe thérapeutique, ils ont des contacts très fréquents avec les hospitaliers et participent souvent très nombreux aux réunions hebdomadaires de formation continue organisées à l'hôpital ; beaucoup d'entre eux sont d'anciens internes locaux, ils ont gardé des liens d'amitié avec les médecins hospitaliers. Tout ceci explique qu'ils ont participé avec intérêt à cette étude.

- beaucoup de nos malades habitent en milieu rural ou semi-rural là où ne joue pas l'anonymat des grandes villes et là où le médecin est encore très présent dans la vie du village. Le médecin généraliste a encore dans ce contexte social sa vraie dimension de "médecin de famille".

FICHE N° 1

N° dossier :

M.....

domicilié à :
date de la cure :

- Avez-vous revu ce malade en post-cure ?

→ date de la dernière consultation :
- rythme des consultations :

- Prend-il toujours de l'Espéral ?

- Devenir du malade :

- perdu de vue :
- a changé de médecin :
- est toujours en contact avec vous :

- Devenir de l'éthylisme : et depuis quelle date ?

- poursuite :
- aggravation :
- diminution :
- abstinence totale :

- "Comportement" apparent depuis la cure :

- sur le plan social (vie sociale, travail ...) ?

- sur le plan familial :

- sur le plan "psychique" :

- normal :
- troubles caractériels :
- syndrome dépressif :
- autre :

- La cure, pour ce malade, a t-elle été bénéfique ou au contraire a t-elle aggravé son état ?

2/ - Définition des termes (bons résultats, échecs, résultats relatifs et perdus de vue) :

a) les bons résultats

Ils s'apprécient sur :

- l'abstinence ou la normalisation du comportement alcoolique :

l'abstinence nous paraît nécessaire comme critère de succès chez ces sujets qui étaient souvent des éthyliques anciens et importants. Tous les auteurs ne sont pas unanimes quant à la nécessité d'une totale abstinence ; pour nous, dans l'expérience de ces malades souvent intoxiqués depuis longtemps, il paraît illusoire de penser qu'il peut y avoir normalisation de leur comportement vis à vis de l'alcool.

- l'amélioration sociale et professionnelle dans la vie de l'individu, ce qui est peut-être le moins difficile à définir tant nous pouvons nous reporter à des "normes" socialement admises.

- et surtout sur le "mieux-être" intérieur du malade et sur son comportement familial, ce qui est beaucoup plus difficile à définir. L'abstinence n'est pas le but unique recherché ; il est évident qu'elle retentira sur l'état somatique du malade (disparition des tremblements, meilleur état général avec en particulier prise de poids souvent nette, régularisation du sommeil, stabilisation ou lente amélioration des atteintes hépatiques, neurologiques ...). Mais l'abstinence ne doit pas s'accompagner d'un trop grand déséquilibre interne. C'est le rôle de la post-cure, d'aider l'individu à vivre sans alcool. Parmi les cas de suicidesque nous examinerons plus loin une observation fait état d'un suicide chez un malade devenu totalement abstinant...

L'abstinence est donc une condition nécessaire mais non suffisante et l'appréciation des résultats en est rendue plus difficile.

D'autre part, les résultats doivent être appréciés dans le cadre d'une vie entière et malgré le recul de certaines de nos observations il est difficile de parler de guérison.

b) les échecs

Ils se traduisent par la persistance de l'alcoolisme ou par la reprise après une période d'abstinence avec souvent dégradation progressive de

la situation familiale, sociale, professionnelle et retentissements somatiques importants.

Nous reverrons que ce qui a été défini par échec est en fait le résultat de la première hospitalisation et que dans quelques cas après une seconde hospitalisation un bon résultat a pu être obtenu.

c) les résultats relatifs ou douteux

Nous faisons entrer dans cette catégorie les cas suivants :

- sujets pour lesquels l'abstinence ne semble pas totale avec en particulier des "écarts", mais qui ont une situation sociale, familiale et professionnelle stabilisée ou même améliorée.

- sujets avec lesquels le médecin n'a plus de contact personnel ou familial, le résultat positif ne pouvant être jugé que sur des "on dit" ou "il paraît que".

- cas où l'abstinence est presque totale mais où les conflits en particulier conjugaux sont très importants.

- cas discordants (discordance entre les dires du malade et ceux de la famille).

d) les perdus de vue :

Ce sont les cas pour lesquels nous n'avons pas pu avoir de nouvelles. Nous en analyserons les principaux motifs.

B - Les résultats globaux

Nous les résumons sous forme de tableaux que nous détaillerons par la suite. Plusieurs points méritent d'être soulignés :

- ces résultats sont ceux de la première hospitalisation à Mâcon pour cure de déconditionnement ou sevrage et nous verrons plus loin que quelques cas d'échecs de la première hospitalisation (six actuellement) ont pu être considérés à la suite de nouvelles cures comme de bons résultats.

nous soulignons encore le recul de notre étude puisqu'elle s'étend sur 18 ans : la première observation date donc de 18 ans (novembre 1958), la dernière de neuf mois (février 1976).

- nous préciserons dans l'étude détaillée des échecs le délai de la reprise de l'éthylisme : pour des délais supérieurs à un an, si l'on assimile l'éthylisme à une maladie grave, il est peut-être plus optimiste de parler de rémission d'un an ou plus, que d'échec total.

Tableau n° 3 : Enoncé des résultats

Sexe Résultats	Hommes	Femmes	Hommes + Femmes	Résultats en pourcentage
Bons	68	5	73	28 %
Mauvais	93	8	101	39 %
Relatifs	14	3	17	7 %
Perdus de vue	62	5	67	26 %
TOTAL	237	21	258	100 %

Dans ce tableau, nous faisons donc état des résultats globaux obtenus, nous reprendrons dans la suite du texte l'étude précise de chaque type de résultat . Il faut donc remarquer 28 % de bons résultats, qui en réalité, peuvent être portés à 30 % si l'on inclut les six sujets ayant un succès après une cure itérative.

Tableau n° 4 : Place de la post-cure dans l'étude des résultats.

Post-cure Résultats	Post-cure suivie	Post-cure non suivie
Succès	85 %	15 %
Echecs	47 %	53 %

Ainsi 85 % des patients ayant eu un bon résultat ont effectué une post-cure dont nous préciserons les modalités.

Tableau n° 5 : Etude des résultats en fonction du type d'éthylisme.

Type d'éthylisme	sans dépendance		avec dépendance		Intermittent		psychiatrique		Féminin		non classable	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Nombre total	83		75		20		33		21		26	
Succès	34	41%	19	26%	4	20%	5	15%	5		6	23%
Echecs	22	26%	32	43%	11	55%	21	64%	8		7	27%

Ces chiffres et ces pourcentages expriment la variabilité des résultats suivant le type d'éthylisme, il faut remarquer 41 % de bons résultats dans les éthylismes dits "d'habitude" et seulement 15 % pour les éthylismes dits "psychiatriques".

C - Analyse des résultats

Dans ce paragraphe nous allons successivement envisager l'étude des bons résultats, des échecs, de la pathologie dépressive apparue après l'hospitalisation, des sujets perdus de vue, des cas douteux ou relatifs.

1/ - Les bons résultats

a) Etude des bons résultats chez les hommes :

Nous avons dénombré 68 résultats favorables (soit 28 %). Ce pourcentage peut être considéré comme un minimum étant donné que parmi les résultats douteux ou perdus de vue présentés plus loin se trouvent vraisemblablement des succès complets que nous n'avons pu contrôler.

. Le recul d'observation n'est pas le même pour tous puisque nos premières observations remontent à 1958 et que la dernière date de février 1976. Les résultats se répartissent ainsi au 1er novembre 1976 :

Recul au 1er novembre 1976	Nombre de cas
9 mois à un an	5 cas
1 an à 18 mois	6 cas
18 mois à 2 ans	3 cas
2 ans à 3 ans	11 cas
3 ans à 4 ans	5 cas
4 ans à 5 ans	6 cas
5 ans à 6 ans	9 cas
au-delà de 6 ans	23 cas

Ainsi dans près de la moitié des cas on note un recul important (supérieur à 5 ans) ce qui peut laisser espérer une stabilisation définitive.

. Ces 68 cas de résultats favorables correspondent à :

- 55 malades ayant eu une cure au disulfirame, selon les modalités développées dans la thèse de Michel DUBERSTEN. Dans ce groupe le pourcentage de réussite est donc de 30 %.

- 7 malades ayant reçu de l'Espéral sans épreuve de dégoût (il s'agissait le plus souvent de sujets qui avaient déjà pris du disulfirame chez eux ou dans un autre hôpital quelques mois ou quelques années avant). Le pourcentage de réussite dans ce groupe est de 46 %. Il est plus élevé que dans le groupe précédent mais en fait il comprend des individus souvent plus motivés et qui avait déjà eu l'expérience de la rechute.

- 4 malades n'ont eu qu'un sevrage simple (en raison de contre-indications somatiques à la cure ou disulfirame) ; soit 17 % de réussite à l'intérieur de ce groupe.

- 2 malades ont reçu de l'apomorphine sans disulfirame (ce sont les deux seuls cas de cette étude). L'un d'eux n'a pas reçu d'Espéral en raison de contre-indication cardiovasculaire (H.T.A., lésions vasculaires du fond d'oeil), ce sujet est toujours en contact avec son médecin ; c'est un bon résultat avec un recul de plus de 5 ans. L'autre patient a également reçu uniquement de l'apomorphine (contre-indications vasculaires au "choc au vin") mais est sorti avec une ordonnance prescrivant à la demande du malade des petites doses d'Espéral ; le recul actuel est de deux ans, le sujet ne prend plus de disulfirame.

Il est difficile d'établir des comparaisons de résultats obtenus dans les différentes méthodes puisque le nombre de malades ayant eu une cure classique au disulfirame est bien supérieur à celui des malades ayant eu un sevrage simple ou des réactions à l'apomorphine (188 cures classiques, 29 sevrages simples, 2 cures à l'apomorphine) ;

. Plus importante nous a paru l'étude du rôle de quelques facteurs tel qu'il se dégage de l'ensemble des résultats favorables :

- La post-cure :

Il nous a semblé intéressant d'étudier ces bons résultats en fonction de la post-cure, c'est-à-dire de la prise en charge psychothérapique du malade à sa sortie de l'hôpital. Dans l'esprit de l'équipe hospitalière la cure n'a jamais été une finalité, les consultations de post-cure constituent la pièce maîtresse du traitement ; l'acceptation par le malade de ces consultations est certainement le signe que l'équipe hospitalière a pu établir un début de relation avec ce malade et qu'elle a su ne pas se limiter à l'application d'une technique de désintoxication.

Pour les 68 sujets considérés comme bons résultats, nous avons noté que :

- 85 % d'entre eux avaient eu une post-cure :

- . 26 patients ont eu une post-cure à l'hôpital
- . 19 ont été revus en post-cure uniquement par leur médecin généraliste
- . 8 ont été suivis à la fois à l'hôpital et chez leur médecin.
- . 5 ont été pris en charge par un psychiatre.

- 15 % d'entre eux n'avaient pas eu de post-cure :

- . 4 sujets n'ont eu effectivement aucune prise en charge
- . psychothérapique.
- . 6 autres ont revu leur médecin de "loin en loin".

Nous verrons à l'opposé que parmi les échecs 53 % n'avaient pas suivi de post-cure.

Ces résultats soulignent l'importance de la prise en charge du malade à sa sortie de l'hôpital et dénoncent, comme l'a analysé REYSS-BRION (66), le mythe de la "bonne cure" qui, après trois semaines d'hôpital, "balaye" l'alcoolisme et ses problèmes.

Il n'y a probablement pas de durée idéale de post-cure, elle varie avec chaque patient.

. La durée moyenne à l'hôpital est de 23 mois avec en général une consultation au premier mois, au troisième mois puis tous les six mois. Il n'y a pas de rythme vraiment établi et standardisé, la fréquence des consultations est rapprochée si

des difficultés surgissent, si le médecin sent un appel à l'aide plus pressant pour passer un cap dangereux.

. Une proportion non négligeable de ces sujets est suivie par son médecin personnel (souvent pour des raisons de commodité et lorsque l'hospitalier connaît l'intérêt et la disponibilité du médecin pour ce genre de malades). Mais il faut alors que l'alcoolique sevré puisse réinvestir dans ce médecin ce qu'il avait investi dans le médecin hospitalier guide et soutien de la cure. Dans notre étude les médecins généralistes ont effectué des post-cures souvent longues (en moyenne deux ans et demi) avec un cas extrême : sujet suivi depuis 1966 avec consultations régulières tous les trois à quatre mois.

La véritable guérison est peut-être obtenue lorsque l'abstinant n'a plus besoin de la "drogue-médecin". (M. BALINT), dans l'exemple précédent la relation thérapeutique autour du problème alcool n'a pas encore été rompue ce qui fait craindre une fragilité résiduelle chez ce patient.

- Les "post-cures mixtes" c'est-à-dire faites parallèlement par le praticien et l'hospitalier sont peu nombreuses. Le malade a besoin du "bon médecin" avec ses "bonnes drogues" et cet investissement du malade sur le thérapeute se fait au maximum dans une relation à deux (le médecin et son malade).

. Nous avons noté un très petit nombre de sujets (quatre) pour lesquels la cure a été le seul élément d'aide médicale. L'hospitalisation et son contexte thérapeutique ont peut-être été vécus comme un élément magique apporté par un médecin tout puissant ..., mais peut-être la post-cure a-t-elle été faite par une personne non médicale de l'entourage ...

Une observation illustre bien ceci :

Monsieur DU... A. est hospitalisé en octobre 1965 à sa demande pour cure de désintoxication. Ce sujet de 29 ans est un éthylique ancien (boit depuis son service militaire) et important (il parle d'une consommation de trois litres de vin rouge par jour et de nombreux apéritifs) ; la composante principale actuelle de cet éthylysme semble surtout l'entraînement professionnel (employé à la ville).

Monsieur DU... a provoqué quelques mois avant son hospitalisation un accident mortel de la circulation (décès d'un piéton) alors qu'il était ivre. Il a essayé

de s'arrêter seul de boire, sans succès. Il arrive dans le service très culpabilisé ("j'y pense tout le temps, je ne peux plus dormir, il faut m'aider").

La cure de désintoxication est donc réalisée (trois tests au vin avec réaction moyenne) ; le patient sort au bout de 19 jours d'hospitalisation. La post-cure devait être faite par le médecin traitant, en fait il n'est revu que longtemps après et pour autre chose.

Actuellement, Monsieur DU... va bien, il mène une vie familiale, sociale et professionnelle normale et d'après son médecin il est totalement abstinent.

- Rôle du type de l'éthylisme

Nous résumons dans ce tableau les succès obtenus dans chaque grande classe d'éthylisme définie précédemment.

Tableau n° 6

	Ethylisme d'habitude	Ethylisme avec dépendance	Ethylisme inter- mittent	Ethylisme psychia- trique	Ethylisme non classable
Nombre total	83	75	20	33	26
Nombre de succès	34	19	4	5	6
% de succès	41 %	26 %	20 %	15 %	23 %

Il existe donc une réelle différence entre les résultats obtenus dans l'éthylisme dit "d'habitude" et ceux de l'éthylisme psychiatrique. Dans ce deuxième groupe les résultats sont médiocres, l'éthylisme n'étant qu'un des symptômes d'un désordre primitif profond de la personnalité ; les bons résultats ont été obtenus grâce à la prise en charge de ces sujets par les psychiatres, à l'hôpital et à l'extérieur. Dans ces cas là encore plus que dans tous les autres, on ne peut parler de guérison tant la structure reste fragile, tel que l'on peut le noter dans l'observation suivante :

Monsieur MI... est hospitalisé dans le service en février 1975, il a alors 31 ans. Il est veuf depuis dix ans, mais il s'est remarié il y a quelques années et a deux enfants.

Dans ses antécédents familiaux on note : suicide de son père à 50 ans, suicide de son grand-père.

Ce malade est adressé par le médecin psychiatrique qui le suit depuis 18 mois. A l'entrée il se présente comme un malade très angoissé (angoisse qui apparaît le matin au lever, qui est encore majorée s'il pense à la journée de travail, s'il pense à ses problèmes, à sa vie ...). Il est noté dans l'observation : "personnalité de type psychopathique avec tendances dépressives et éthylisme controphobique ; nombreuses ivresses pathologiques avec retentissement familial et professionnel".

L'éthylisme de Monsieur MI... est ancien, il se fait exclusivement à la bière. Lors de ses crises d'angoisse il absorbe des quantités importantes de bière puis il monte dans sa voiture et va se perdre dans des chemins de terre où il passe la nuit.

Une cure de désintoxication est décidée avec l'accord du médecin psychiatre et du malade, parallèlement le traitement neuroleptique est renforcé.

Monsieur MI... sort au bout du 25ème jour d'hospitalisation. Il est revu en post-cure régulièrement par le psychiatre. Ce médecin nous répond en novembre 1976 :

"L'alcool était médicament de l'angoisse, il a été remplacé par la chimiothérapie. La cure a été bénéfique en ce sens qu'il est abstinent et qu'il est rassuré vis à vis de l'alcool ; mais le pronostic reste peu favorable du fait de la psychose".

- Rôle de la motivation de la cure

Les différents motifs ayant conduit à la cure ou à l'hospitalisation sont développés dans la thèse de Michel DUBERSTEN. Il nous a paru intéressant d'étudier les raisons, au moins superficielles, qui ont amené à l'hôpital ces 68 malades qui ont eu par la suite un bon résultat.

Nous les résumons dans ce tableau :

Tableau n° 7

Cures motivant l'hospitalisation	Cure décidée en cours d'hospitalisation pour :
- demande spontanée : 25	- Ivresse aiguë : 6
- pression de l'entourage: 12	- Pré DT et DT : 12
- pression justice : 3	- Tentative de suicide : 2
- pression employeur : 6	- Comitialité : 2
soit : 46	Soit : 22

. Une majorité de ces sujets est donc rentrée à l'hôpital pour la cure ; la demande spontanée (avec tout ce que ce terme appelle comme réserve) a été l'élément majoritaire). Il existe six observations de sujets initialement hospitalisés pour ivresse aiguë, qui ont par la suite accepté ou demandé une cure et qui ont eu un bon résultat. C'est un nombre bien entendu très faible, si on le rapporte à toutes les ivresses aiguës hospitalisées mais il montre tout de même que l'hospitalisation de ces sujets se justifie (même en dehors des motifs somatiques).

. Nous avons relevé 16 sujets sur les 36 étudiés qui avaient déjà essayé chez eux ou dans un autre établissement de combattre leur éthylisme. C'est dire l'importance de l'expérience antérieure.

- Rôle de l'environnement familial dans les succès observés

Les 68 individus considérés peuvent se décomposer ainsi :

- 38 étaient mariés et semblaient avoir lors de l'hospitalisation une situation familiale non perturbée.

- 8 étaient en situation conflictuelle avec leur famille (menace de divorce, divorce, abandon de la famille).

- 1 était veuf.

- 21 étaient célibataires au moment de leur hospitalisation.

Ainsi plus de la moitié des sujets vivaient dans un milieu qui, du moins en apparence, n'était pas trop défavorable ; nous verrons dans l'étude des échecs que moins d'un tiers des malades vivaient dans de bonnes conditions familiales. C'est dire le rôle important que joue l'entourage et en première place l'épouse. Le traitement des malades alcooliques doit passer par la rencontre avec la femme de l'éthylique ; à l'hôpital le médecin essaie de la rencontrer avant la mise en route de la cure et il lui demande de revenir avec son mari en post-cure. Cette approche du couple est difficile car le médecin se heurte à un double écueil :

- . soit se ranger au côté de l'épouse et être son complice.
- . soit comprendre le buveur et être son complice.

Il doit donc essayer d'adapter une neutralité bienveillante envers les deux parties.

Souvent le couple s'est organisé autour de l'alcoolisme du mari, la femme en retirant un bénéfice inconscient et parfois le désir qu'a l'épouse de voir guérir son mari est assez ambivalent.

Ainsi quelques jours après l'hospitalisation d'un malade sa femme contacte la surveillante du service pour que son mari sorte rapidement et ne fasse pas de cure, rejetant la responsabilité du "gros foie" sur les "oeufs qu'il mange, plus de trois à quatre par jour, et parce qu'il a arrosé sa vigne avec du poison", niant le caractère pathologique de l'éthylisme : "c'est un mari très gentil".

Dans trois réponses, les médecins au contraire nous signalent que l'abstinence du mari a permis à l'épouse une nette amélioration de sa pathologie dépressive.

- Rôle de l'expérience antérieure et de la rechute :

- 16 sujets sur les 68 étudiés avaient déjà essayé chez eux ou dans un autre établissement de traiter leur éthylisme.

- 6 ont eu des "rechutes" passagères et brèves (d'après les

réponses des médecins généralistes).

Ceci pour souligner l'importance de ce que REYSS-BRION (68) appelle l'expérience nécessaire de la rechute. Les circonstances de la rechute sont souvent celles qui mettent le sujet en difficulté et auxquelles il réagit par son mode de défense antérieur : l'alcool. La "rechute" du malade est certainement également une étape difficile de la relation médecin-malade ; il faut que le médecin sache surmonter l'échec de sa thérapeutique et qu'il puisse ne pas rejeter le malade.

. Durée de la prise d'espéral :

La durée précise a été difficile à définir (surtout dans les observations anciennes, le médecin généraliste n'ayant pas le souvenir exact de celles-ci).

. En moyenne (et ceci surtout lorsque la post-cure a été hospitalière) elle se situe entre un an et demi à deux ans (un comprimé de disulfirame pris tous les matins) avec des extrêmes :

- malades arrêtant le traitement dès la sortie de l'hôpital (quatre observations). Dans deux cas ceci était guidé par des indications somatiques (un cas d'obnubilation, un cas de nécrose myocardique) ; dans les deux autres observations, l'arrêt a été volontaire, l'impact psychothérapique de l'hospitalisation ayant été probablement très important.

- un sujet poursuit très régulièrement son traitement depuis dix ans.

Il serait intéressant d'approfondir le rôle de la prise du comprimé chez l'abs-tinent, chaque matin. Pour certains individus il joue certainement le rôle du "garde-fou" médicamenteux, à la fois protecteur et contraignant, prolongement quotidien de la relation médecin-malade :

. tel sujet arrête son traitement au disulfirame au bout de cinq mois mais demande à son médecin de lui en prescrire "une provision" pour "l'avoir en réserve" : si l'envie de boire me reprenait !".

. Rôle des organismes d'anciens buveurs :

Peu de nos malades font partie de ces mouvements. Deux sont actuellement membres actifs de la Croix d'Or. Plus de la moitié des individus de cette étude habite

en milieu rural et semi-rural, là où ne sont pas implantés ces mouvements. Il est certainement regrettable que ces mouvements ne puissent pas être développés, car ils semblent pouvoir être très importants pour certains types d'individus qui veulent vivre leur abstinence à l'intérieur de ce groupe.

. Etude des décès observés dans ce groupe :

Il peut paraître surprenant de clore cette étude des succès obtenus chez les hommes par l'analyse des décès. En fait, le recul de 18 ans d'observation, les réponses des médecins nous ont permis de suivre l'évolution somatique des malades.

Parmi les 68 sujets considérés, il y a eu six décès, en moyenne cinq ans après la cure et le plus souvent (quatre cas) pour des néoplasmes bucco-pharyngés.

L'intoxication éthylique de ces sujets était très ancienne et l'abstinence n'a pas pu éviter cette mortalité (évolution probable de lésions pré-néoplasiques anciennes favorisées par l'éthylisme).

Ces décès sont tous survenus autour de la cinquantaine (moyenne d'âge 51 ans) et ils font bien sûr regretter que le traitement de l'éthylisme n'ait pas été entrepris plus tôt.

b) Etude des bons résultats chez les femmes :

Une étude statistique n'est pas possible, puisque nous n'avons étudié que vingt et une femmes.

Nous avons relevé cinq bons résultats. Quatre malades ont eu une cure au disulfirame, une autre (dont nous rapportons l'observation à la fin de ce paragraphe) a eu une simple mise sous disulfirame sans test.

- <u>Recul d'observation</u> :	. Recul de 2 ans	: 2 cas
	. Recul de 4 ans	: 1 cas
	. Recul de 7 ans	: 1 cas
	. Recul de 11 ans	: 1 cas.

- Motifs d'hospitalisation : Une seule malade est venue spontanément, les quatre autres étaient visiblement poussées par leur famille.

- Contexte familial :

. trois de ces malades avaient une famille relativement bien structurée au moment de l'hospitalisation.

. les deux autres avaient un mari éthylique. Nous avons rapporté dans les pages précédents, l'observation de Madame BE... : son abstinence a rompu l'équilibre conjugal, c'est son mari qui boit de plus en plus.

Pour l'autre malade nous n'avons pas eu de précision sur l'évolution de l'éthylisme du mari.

- La post-cure a été faite dans les cinq cas par le médecin praticien.

Nous rapportons l'observation de Madame JA..., qui nous a semblé intéressante.

Madame JA... a 52 ans lors de son hospitalisation en février 1969. Elle est mariée et a quatre enfants. Pas d'antécédents familiaux ni personnels notables. La malade est hospitalisée à sa demande pour une cure de désintoxication.

Il est noté dans l'observation :

"Alcoolisme de consolation et de refuge. A la base une cause familiale : son mari n'a pas voulu revoir une de ses filles qui s'était mariée contre son accord il y a une dizaine d'années. La mère a continué à voir sa fille mais en cachette et quand son mari l'apprenait, cela entraînait des scènes. Elle s'est mise à boire il y a sept ans pour oublier ses ennuis familiaux et s'en consoler.

L'alcoolisme n'a jamais été très important : un litre et demi à deux litres de vin au maximum mais il aggravait la mésentente conjugale. Il y a six mois environ les ennuis familiaux ont cessé et maintenant le père et la fille se revoient normalement. Mais elle n'a pu s'arrêter de boire.

Il s'y ajoute aussi des bouffées d'angoisse qui persistent dans les périodes d'abstinence. En effet, à plusieurs reprises, elle a pris pendant quelques

semaines de l'Espéral, ne buvant alors absolument rien mais ayant toujours les mêmes angoisses ; la semaine précédant l'hospitalisation, elle a essayé d'absorber du gardénal dans un but suicidaire.

Elle a demandé elle-même au Docteur P... de venir à l'hôpital pour sevrage mais il faut associer au sevrage et à l'Espéral un traitement anxiolytique".

Le bilan somatique, par ailleurs, est normal.

L'angoisse reste très importante pendant les premiers jours de l'hospitalisation, elle est difficilement verbalisée par la malade.

Au 15ème jour, alors qu'il n'y a pas eu de "test au vin", apparaît un tableau confusionnel franc désorientation temporo-spatiale, propos peu cohérents à tonalité anxieuse, pleurs ... d'évolution rapidement régressive avec retour en 48 heures à une conscience normale.

Le disulfirame est arrêté et l'on pense qu'il s'est agit d'un syndrome d'intolérance à ce produit.

En fait la bonne tolérance du disulfirame avant l'hospitalisation plaide peu en faveur d'une origine médicamenteuse à cet excès. Il y a peut-être eu réaction à une situation anxiogène majeure et aiguë : la perte de l'alcool (c'est certainement une preuve supplémentaire de l'équilibre psychique fragile du malade alcoolique particulièrement après le sevrage).

Madame JA... sort au bout d'un mois d'hospitalisation, son état anxieux est très nettement amélioré, elle se trouve beaucoup mieux et se déclare "très contente d'avoir pu s'arrêter de boire". Elle ne prend pas de disulfirame à la sortie mais elle est mise à un traitement tranquillisant.

Madame JA... est suivie très régulièrement depuis cette époque par son médecin traitant. Sa situation familiale est très nettement améliorée. Elle est complètement abstinente depuis sept ans ; son médecin nous signale quelques petits épisodes dépressifs rapidement jugulés, durant cette période.

2/ - Les échecs :

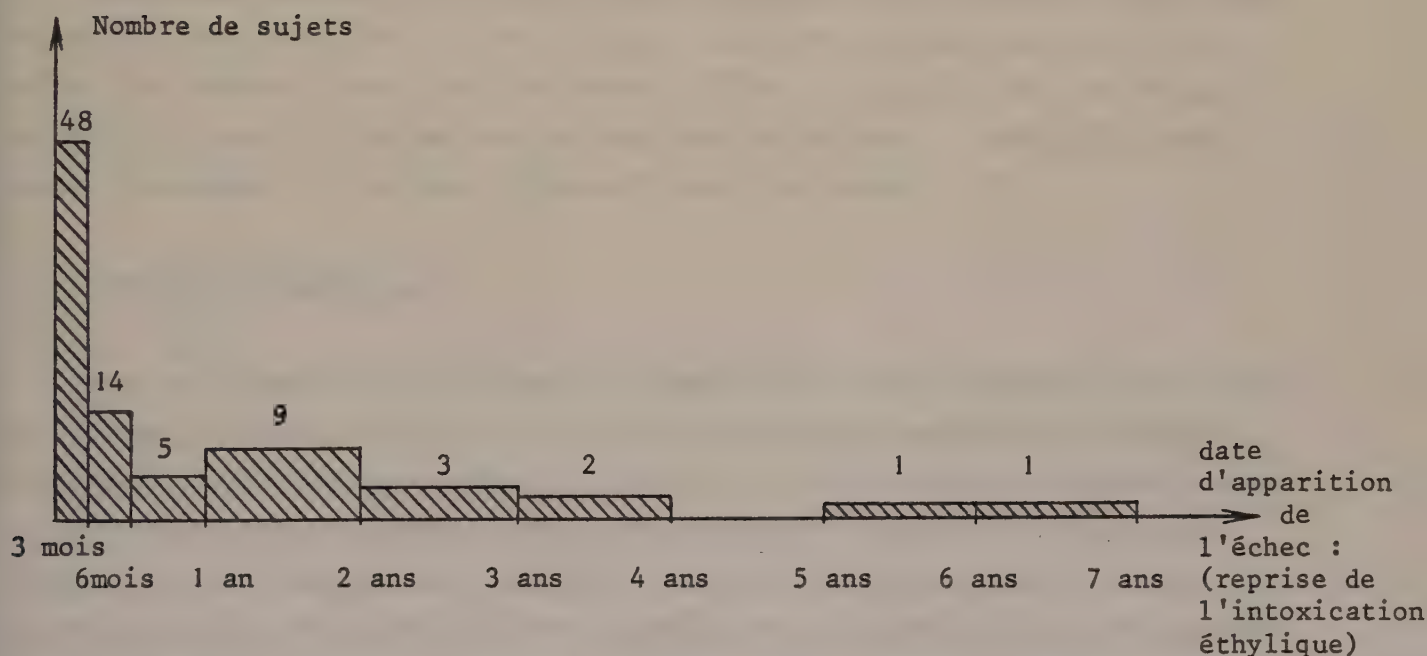
a) Echecs chez les hommes

Nous avons relevé 93 échecs chez les hommes sur les 237 de notre étude soit 39 % et parmi eux sept suicides que nous envisagerons plus loin.

. Délai de la reprise de l'intoxication éthylique :

Nous l'envisagerons dans le tableau suivant ; dans 9 cas ce délai n'a pu être précisé exactement. Nous avons noté le suicide chez un malade totalement abstinant, il n'est donc pas inclus dans ce tableau.

Tableau n° 8



Ce tableau montre que les rechutes précoces et même parfois immédiates après la sortie de l'hôpital sont la grande majorité (puisque 63 sujets sur les 93 étudiés ont eu une durée d'abstinence inférieure à six mois).

En relation hospitalière, la rechute se traduit souvent par "l'oubli" d'un rendez-vous ; puis parfois par la demande d'une consultation rapide c'est-à-dire par un appel à l'aide. Tel ce malade qui avait ainsi "oublié" de venir et arrive quelques jours plus tard avec sa valise...

Il existe quelques rechutes tardives, deux d'entre elles semblent avoir été

provoquées par de graves problèmes familiaux (décès de la femme - divorce), une reprise de l'intoxication s'est faite après la découverte chez un patient d'une néoformation abdominale et l'opération qui s'en est suivie.

. Devenir des malades. Notion de rémission. Les cures itératives :

- L'échec se traduit par la reprise du toxique et par l'abandon du traitement (malgré deux cas où les sujets semblent "boire sur l'Espéral"). La conduite alcoolique a souvent été modifiée lors de la rechute (et surtout lorsque le délai a été assez long). Le buveur "par entraînement" devient parfois un buveur solitaire, chez d'autres l'éthylisme devient plus paroxystique. Souvent le vin est remplacé ou associé à une autre boisson alcoolisée (surtout bière) :

Ainsi ce malade de 28 ans, consommateur de vin (deux à trois litres par jour) qui a fait une cure en 1963. Il est alors considéré comme éthylique sans dépendance. La rechute se fait au bout de huit mois; son médecin nous écrit à son sujet "par intermittence fait des cures de bière ; disparaît 24 à 48 heures. Au sortir du café il rentre dans un mur avec sa voiture ... mais n'a jamais causé d'accident. Il est très dépressif après les écarts ...".

- Notion de rémission :

Dans cet ensemble de 93 échecs nous avons noté seize individus dont le délai de rechute est supérieur à un an (avec en particulier sept délais supérieurs à deux ans). Nous manquons de détails très précis sur ces seize individus en particulier sur leur comportement familial et social ; mais pour un bon nombre d'entre eux leur médecin nous a signalé que cette rémission dans la maladie alcoolique avait été bénéfique tant du point de vue somatique que personnel et familial et celà d'autant plus que la rechute a été tardive (deux rémissions à 4 ans, une rémission à 6 ans, une rémission à 7 ans).

- Les cures itératives :

. 24 sujets ont eu une à deux autres cures itératives, parmi eux six sont actuellement suivis en post-cure (avec des reculs allant de 6 mois à 6 ans). Nous pourrions donc en fait les considérer comme des succès secondaires.

L'observation de Monsieur C... illustre un de ces cas de "succès secondaire".

Monsieur C... est hospitalisé pour la première fois en décembre 1968 sous les conseils de son médecin traitant. Il a alors 32 ans, il est marié et a trois enfants.

Dans ses antécédents personnels on note :

- engagement de 5 ans dans l'armée avec trois ans passés en Indochine.

L'éthylisme remonte à quelques années, il est noté dans l'observation :

"Ethylisme occasionnel d'un chauffeur-livreur entraînant depuis quelques temps asthénie, anorexie, pituites matinales, insomnie, etc ... Le malade accepte la désintoxication".

Le bilan somatique révèle une hépatomégalie à deux travers de doigt sans traduction biologique.

Quelques jours plus tard le médecin hospitalier écrit dans l'observation :

"L'état général est amélioré, il faut faire la cure de désintoxication, le malade est cependant un peu réticent et minimise son éthylisme et la responsabilité de celui-ci dans les troubles actuels ..."

La cure est pratiquée, trois tests au vin sont effectués et ils sont très positifs.

Monsieur C... sort au bout du 23ème jour d'hospitalisation. Il devait être revu en post-cure à l'hôpital mais il ne vient pas au premier rendez-vous.

Ce sujet est revu en octobre 1970 pour un delirium tremens caractéristique. Le problème de l'éthylisme est de nouveau abordé : l'intoxication a pratiquement été reprise depuis la sortie de l'hôpital en 1968, il ne parle pas de problèmes familiaux ni personnels mais il évoque toutes les occasions de boire lors de l'exercice de sa profession ...

Il accepte une nouvelle cure de désintoxication puis sort au bout de 42ème jour d'hospitalisation. La post-cure est faite très régulièrement par son médecin traitant. Ce médecin nous écrit à son sujet : abstinence totale depuis six ans,

a pris du Disulfirame pendant deux ans. Le contexte social, familial et professionnel est bon ; Monsieur C... a changé de métier.

. Echs et post-cures

53 % de ces sujets n'ont eu aucune post-cure, c'est-à-dire ne se sont pas rendus au premier rendez-vous fixé à l'hôpital ou n'ont jamais revu leur médecin pour le problème de l'éthylisme.

47 % de ces sujets ont débuté une post-cure mais ont rompu le lien thérapeutique au moment ou peu après la rechute. Ce lien est surtout rompu lorsqu'il s'agit du médecin hospitalier, le médecin généraliste continue souvent à soigner le reste de la famille.

. Echs selon le type d'éthylisme

	Ethylisme sans dépendance	Ethylisme avec dépendance	Ethylisme intermit- tent	Ethylisme psychia- trique	Ethylisme non classable
Nombre total	83	75	20	33	26
Nombre d'échs	22	32	11	21	7
Pourcentage d'échs	26 %	43 %	55 %	64 %	27 %

Tableau n° 9

- Les éthylismes psychiatriques ont donc le plus d'échs, les éthylismes intermittents s'en rapprochent.

- Il est surprenant de rencontrer 26 % d'échs chez les éthyliques dits "sans dépendance" qui par définition ont encore la possibilité de s'arrêter de boire. Cela soulève deux problèmes :

. le recueil des observations a t-il été incomplet en ne précisant pas suffisamment les signes de dépendance ?

. cette classification est-elle trop rigide ? Il existe certainement en effet de nombreuses formes de transition entre dépendance et non dépendance. En fait, l'arrêt de l'intoxication n'a peut-être pas été réalisé faute de motivation suffisante.

Tableau n° 10
Echecs selon les motifs de l'hospitalisation

Cures motivant l'hospitalisation	Cures décidées après l'hospitalisation pour :
. cure demandée spontanément : 18	. Ivresse aiguë : 14
. pression de l'entourage : 26	. Pré DT et DT : 8
. pression justice : 2	. Tentative de suicide : 7
. pression employeur : 4	. comitialité : 3
	. atteinte somatique : 6
	. syndrome psychiatrique : 5
TOTAL : 50	TOTAL : 43

Par rapport à l'étude faite (p. 48) sur les motivations d'entrée des individus ayant eu un succès de la cure, plusieurs points paraissent importants à souligner :

- les demandes "spontanées" sont ici beaucoup moins nombreuses.
- la pression de l'entourage a été très forte.

- bon nombre de ces sujets sont rentrés pour des manifestations psychiatriques aiguës ; tentative de suicide, ivresse pathologique, syndromes psychiatriques aigus (délires, fugues, agitations ...).

• Etude du contexte familial

- 18 sujets étaient célibataires.
- 33 sujets étaient mariés, et ne parlaient pas de difficultés particulières avec leur famille.
- 42 sujets vivaient dans une situation familiale perturbée :
 - 32 étaient en conflit ouvert avec leur femme (mésentente grave, brutalité, instance de divorce le plus souvent réclamé par la femme).
 - 4 avaient une épouse également éthylique.
 - 4 avaient une compagne psychologiquement fragile (syndrome dépressif, névrose).
 - 2 étaient veufs.

Ce contexte familial a certainement joué un grand rôle dans l'échec de la cure puisque près de la moitié des sujets vivaient dans un milieu très perturbé, sans que l'on puisse bien sûr savoir si l'alcool était cause ou conséquence de ces situations dégradées.

• Les décès :

Nous avons relevé 21 décès (dont sept suicides).

Nous envisagerons le problème des suicides dans le paragraphe n° 3, les 14 autres décès se répartissant ainsi :

- huit décès étaient visiblement liés à l'éthylisme (cirrhose, néoplasmes bucco-pharyngés, état cachectique).
- quatre décès ne semblaient pas sous l'influence directe du toxique (ulcère perforé, néoplasmes intestinaux, infarctus).
- dans deux autres cas nous n'avons pas eu connaissance de la cause précise.

L'âge moyen de ces décès est de 53 ans, c'est-à-dire qu'il est bien plus jeune que la moyenne de la mortalité masculine actuelle. Ils sont survenus entre deux et dix ans après la première cure.

b) Echecs chez les femmes

. Nous avons relevé huit échecs chez les 21 femmes observées.

Le délai de l'échec a toujours été inférieur à 6 mois.

. Sept malades n'ont pas été revues en post-cure, une seule a fait une autre cure et est actuellement suivie à l'hôpital mais vient de rechuter.

. Le caractère dominant de ces huit observations est que la famille a joué le plus grand rôle dans l'admission à l'hôpital, la malade étant souvent présentée comme "docile, passive, sans demande personnelle ...". L'éthylisme a toujours été difficilement abordé. Dans trois cas il était nié à l'entrée puis partiellement reconnu et dans ces trois cas la cure a dû être interrompue.

Une observation illustre bien ces quelques constatations :

- Malade GO... est hospitalisée en août 1966 sous les conseils de son médecin qui nous écrit :

"... Je vous confie Madame GO., 42 ans. Cette malade aurait respiré du "fuman", en fait elle est surtout en pleine intoxication éthylique. Après discussion elle est décidée à se faire désintoxiquer. Il faut en effet faire quelque chose, le dernier enfant à 9 ans ...".

La malade à l'entrée parle de cette "bouteille de fuman qu'elle aurait cassée et qui l'aurait incommodée" et refuse d'aborder le problème de l'éthylisme. Au bout de quelques jours elle accepte la cure de désintoxication mais il est noté "... depuis le début de la cure la malade se plaint de divers troubles abdominaux. On a l'impression qu'il s'agit plutôt de tentatives conscientes ou non de fixation sur un organe précis et de rejet de la culpabilité éthylique ...".

Il n'est effectué qu'une épreuve de dégoût au vin puis le disulfirame est arrêté à la demande de la malade.

Au sujet de Madame GO... son médecin traitant nous écrit en novembre 1976 : la rechute a été rapide, puis elle a eu un enfant et est restée sobre pendant trois ans.

. L'étude du contexte social montre que :

- 3 de ces huit malades avaient un mari éthylique.
- 4 étaient en discorde avec leur mari..
- 1 était célibataire.
- 3 ne semblaient pas avoir de problèmes relationnels, du moins en apparence.

. Devenir de ces malades : trois décès ont été rapportés (tous les trois en relation avec l'éthylisme : néoplasme de la langue, hématome intra-crânien, cirrhose).

3/ - Pathologie dépressive apparue après l'hospitalisation

Au terme de cette étude des bons et des mauvais résultats de la cure de désintoxication éthylique, il nous a paru fondamental d'envisager le problème des syndromes dépressifs et des suicides apparus après l'hospitalisation.

Ce problème est primordial à envisager pour le thérapeute qui doit se demander quelle est la vraie place de l'alcool dans l'économie psychique du sujet et si le recours à l'alcool n'est pas une conduite anti-dépressive. L'abstinence peut mettre à jour une structure dépressive jusque-là masquée par l'alcool.

- Les syndromes dépressifs nous ont paru assez fréquents. Dans l'évolution des 68 sujets ayant eu un bon résultat à la cure, 16 ont présenté un syndrome dépressif actuellement stabilisé.

Ces troubles montrent la fragilité de l'alcoolique désintoxiqué, sa sensibilité particulière à tout ce qui peut toucher son équilibre interne et ce d'autant plus que l'alcool était intégré dans l'économie mentale du sujet.

Le tableau réalisé est extrêmement polymorphe caractérisé essentiellement par l'asthénie. On retrouve souvent associés, l'anorexie et des signes physiques en relation avec l'angoisse. La composante dépressive associe idées tristes, inhibition, aboulie. Le syndrome dépressif est d'importance variable.

. Il apparaît souvent à la sortie de l'hôpital, lors de la séparation avec l'équipe soignante et lors du retour dans le milieu familial souvent laissé dans

un état de tension intense. Le retour dans le milieu professionnel est souvent redouté (crainte des moqueries des camarades de travail ...) ; les consultations de post-cure aidées de la thérapie antidépressive jouent un grand rôle à ce moment là pour aider le malade.

. Dans d'autres cas la pathologie dépressive s'est révélée plus tardivement et semble alors "réactionnelle" à une circonstance extérieure : tel ce malade de 55 ans qui trois ans après sa cure est revenu pour un petit tableau dépressif secondaire au mariage de sa fille et à son départ du foyer.

. Dans quelques cas le tableau dépressif est apparu quelques jours après le début de l'hospitalisation, il est alors souvent plus intense.

L'observation de Monsieur L... Jean nous a paru intéressante.

Monsieur L... a 50 ans lors de sa première hospitalisation en juillet 1974 pour delirium tremens. L'éthylisme est ancien (environ une dizaine d'années) et s'est aggravé il y a quelques mois en même temps qu'apparaissent des ivresses de plus en plus violentes et agressives.

L'abord du problème de l'éthylisme est difficile, Monsieur L... refuse de rester à l'hôpital, refuse la cure de dégoût car il est sûr de pouvoir s'arrêter seul de boire.

Nouvelle hospitalisation en novembre 1975 pour delirium tremens :

L'intoxication a été reprise rapidement ; la rechute a été extrêmement sévère et polymorphe (vin, bière, rhum), et s'est faite en cachette de sa femme. Lors de cette seconde hospitalisation, Monsieur L... demande fermement un traitement "pour que le démon ne me reprenne pas".

Au huitième jour de son hospitalisation le médecin hospitalier note : "malade actuellement très culpabilisé, à tendance dépressive. Il est anxieux et dit "j'ai fait mon malheur, celui de ma femme, de toute ma famille ..." ; une cure de dégoût est entreprise, on adjoint une médication antidépressive mais le tableau dépressif s'aggrave, avec idées de dévalorisation, de culpabilité et des passages "de panique psychologique" qui font redouter au psychiatre, le passage à un véritable état mélancolique.

Le traitement tranquillisant et antidépresseur est intensifié, Monsieur L... est confié à l'équipe psychiatrique ; peu à peu il se sent mieux et le tableau dépressif s'estompe.

Monsieur L... sort au 50ème jour de son hospitalisation, il est suivi régulièrement par le psychiatre en post-cure et va actuellement très bien ; il continue à prendre régulièrement le disulfirame et des tranquillisants à doses minimales.

Ces décompensations dépressives précoces surviennent dans notre étude chez des sujets souvent très dépendants de leur toxique et ayant présenté des ivresses pathologiques et des troubles caractériels.

- Il faut peut-être également évoquer dans ce chapitre le cas d'un malade abstinent depuis cinq ans, mais qui présente une obésité importante (a pris 25 kg en 5 ans).

L'ingestion de vin a été remplacé par l'ingestion d'autres aliments, peut-être est-ce la même angoisse qui poussait le malade à boire et qui le rend maintenant boulimique.

- Nous rattachons également à cette étude le problème de l'impuissance dont les malades se sont plaints en post-cure. Nous l'avons noté chez trois malades ; elle est peut-être un peu plus fréquente et nous n'avons pas de réponses précises des généralistes à ce sujet.

Dans deux cas l'impuissance a cédé - au moins partiellement en 8 à 12 mois. Cette amélioration constitue un critère de pronostic certainement très favorable pour l'ensemble de l'évolution. L'autre cas semble toujours avoir des problèmes.

Il est généralement admis que l'impuissance n'est pas due à une toxicité propre du disulfirame (52 - 37), elle traduit certainement un trouble de la sexualité préexistant et que l'éthylisme masquait.

- Les suicides :

Nous avons déploré dans cette étude sept suicides : six ne faisaient aucun doute, un reste douteux mais probable. Il est difficile de tracer une histoire commune à ces sept malades, nous rapportons trois observations qui illustrent

chacune un cas particulier :

- Monsieur LA... J.

Sujet de 59 ans, viticulteur, marié, un enfant lors de l'hospitalisation en octobre 1968.

Pas d'antécédents familiaux notables, antécédents personnels : traumatismes professionnels, intoxication ancienne à l'arsenate.

Il est adressé à l'hôpital par le remplaçant de son médecin traitant qui écrit : "... Je vous adresse Monsieur L..., en plein accès dépressif avec auto-accusation. Le souci des vendanges a décompensé ce malade et je pense que l'hospitalisation permettra un bilan tant du point de vue hépatique que général. Le médecin que je remplace, avant son départ, avait vu ce malade, il lui avait conseillé un arrêt progressif du vin et avait donné un traitement à base d'Arginine et d'Equanil. J'espère que cette hospitalisation permettra à ce malade de sauter le pas de sa dépression ...".

Dans le service, le malade se présente à l'entrée avec "un syndrome dépressif centré sur l'obsession de ne pouvoir arriver à faire son travail, tout est trop difficile .. et il doit faire son vin dans de mauvaises conditions, avec du mauvais matériel ... il n'y arrive plus, il est trop vieux ... Quelques idées d'auto-destruction qui semblent écartées actuellement".

L'éthylisme était ancien, à environ trois à quatre litres de vin rouge par jour. La consommation semblait avoir été réduite sous les conseils du premier médecin consulté. Il y avait un début de retentissement hépatique (Prothrombine à 70 %) et une macrocytose à la Numération formule (VG = 1,17).

Au bout de 21 jours d'hospitalisation et avec une chimiothérapie associant Valium et Elavil : "le syndrome dépressif a pratiquement totalement rétrocedé. Le malade se sent amélioré ; sa femme va arriver à faire la vignification, les vendanges s'arrangeront ...".

Le problème de l'éthylisme est alors abordé, et ce d'autant plus que le médecin traitant habituel téléphone pour signaler qu'en fait depuis quelque temps l'éthylisme était très important : "le malade reconnaît volontiers son éthylisme et accepte, une cure de désintoxication".

La cure est alors réalisée (Espéral 2 comprimés, deux tests au vin) puis le malade sort au 33ème jour de son hospitalisation avec un traitement associant : Valium, Elavil, Espéral.

Il est revu en post-cure par le médecin hospitalier :

- un mois après est noté dans l'observation : "va bien, se trouve bien, cependant paraît toujours un peu obsessionnel et discrètement dépressif ..."

- trois mois après : "... va bien, fait son régime. Bon état général et nerveux, ne paraît plus dépressif actuellement..." ce qui est complètement attesté par une lettre du médecin traitant.

- Août 1969 : Suicide par noyade. Quelques jours auparavant il avait demandé à voir son médecin traitant car "cela n'allait pas bien, demandant que le Docteur ne le laisse pas tomber". Le Docteur C... l'avait vu et avait mis en route un traitement.

Dans cette observation l'abstinence avait donc été réalisée, l'objet "alcool" a été abandonné, peut-être a-t-il été remplacé par le thérapeute appelé à l'aide peu avant le suicide et qui n'a pas pu empêcher le passage à l'acte.

Deuxième Observation :

- Monsieur PA... L.

Sujet de 38 ans à l'entrée en juillet 1971, veuf avec trois enfants dont deux du premier mariage de sa femme.

Antécédents personnels : ulcère gastrique, épilepsie.

Pas d'antécédents familiaux notables.

Malade adressé par son médecin traitant, avec cette lettre :

"Je vous adresse Monsieur PA... qui depuis dix jours est enfermé chez lui, sans sortir, refusant d'ouvrir la porte.

Son beau-père a dû forcer la porte, il l'a trouvé devant un série impressionnante de bouteilles vides ..., son épouse s'est suicidée il y a trois mois (après

d'autres tentatives) ; c'était déjà un éthylique notoire et bien évidemment ces derniers temps les choses ont empiré. Je pensais même le trouver "au bout d'une corde", cependant contre toute attente l'appartement est propre et bien tenu ...".

A l'entrée, il se présente en très mauvais état général (jeûne et libations importantes). EEG normal.

Il n'apporte pas d'explication bien nette à cet épisode, l'étiologie comitiale est écartée. Il se présente "comme un dépressif ; réaction dépressive qu'il explique par le suicide de sa femme, la séparation de ses enfants, les conditions de vie défavorables, l'absence de tout loisir, de toute occupation, de tout ami ou camarade de travail ..."?

Un traitement associant Equanil, Laroxyl, Trinuride, Gardénal, est établi. Le disulfirame est commencé au 15ème jour de l'hospitalisation mais il est vite noté par le médecin hospitalier : "contact psychologique bien difficile. Monsieur PA... minimise l'importance de son éthylogisme et s'il a pris de l'Espéral dans le service, c'est en partie sur mon insistance. Depuis plusieurs jours les infirmières signalaient qu'il était de plus en plus réticent, faisant mille difficultés pour prendre ses comprimés. Elles sont persuadées qu'il ne poursuivra pas l'Espéral chez lui. Il affirme que ce n'est pas parce qu'il boit un peu de vin qu'il est pour autant alcoolique. Le malade est fuyant et un essai d'explication amicale ce matin est infructueux, il répond ainsi : "le malade va très bien, il n'a rien à dire, tout s'est bien passé, il n'a aucune observation à formuler!"

Monsieur PA... sort le 22ème jour de son hospitalisation en oubliant son ordonnance ...

Suicide quelques mois plus tard.

Dans cette observation il semble bien que l'épisode à domicile était déjà une tentative d'auto-destruction. L'hospitalisation n'a pas modifié ce désir de mort. Le malade n'a pas communiqué avec le monde hospitalier, il a inconsciemment refusé le contact et toute thérapie (la cure a été en fait incomplète sans épreuve de dégoût et le malade n'a pas pris de disulfirame à la sortie puisqu'il a "oublié" son ordonnance).

Troisième observation.

- Monsieur BA...

Sujet de 63 ans lors de l'hospitalisation en janvier 1967, ouvrier dans une usine d'aluminium, marié, quatre enfants.

Antécédents familiaux : son père s'est pendu.

Antécédents personnels : service militaire en Tunisie.

. A déjà subi une cure de désintoxication à l'hôpital de Bourg en 1952 avec réduction de la consommation pendant un an ou deux.

Il est adressé à l'hôpital par son médecin traitant qui écrit : "... Monsieur BA... est un alcoolique invétéré qui devient méchant et furieux lorsqu'il a bu. Il rend sa famille très malheureuse. Je le crois décidé à se faire désintoxiquer".

A l'entrée : il est noté "au premier abord plein de bonne volonté, mais secondairement dit qu'il lui faut bien boire un petit peu pour travailler".

Devant l'âge, l'HTA du malade et son peu de désir d'une cure on décide le sevrage sans prise d'Espéral et avec de l'Equanil.

Il sort de l'hôpital au bout de 14 jours. L'échec est rapide.

Revu en octobre 1968 au décours d'une grande crise d'agitation lors d'une ivresse aiguë ; il est alors hospitalisé 14 jours.

Revu en août 1971 pour une nouvelle crise d'agitation au cours d'un éthylisme aigu.

Suicide en juillet 1975 : se pend au cours d'une crise d'agitation éthylique.

Pour les quatre autres observations nous avons noté :

. Le suicide d'un malade de 40 ans qui présentait une dépendance importante à l'alcool avec de gros troubles caractériels. Le décès a eu lieu trois ans après l'hospitalisation (mise sous disulfirame sans épreuve de dégoût), après deux autres tentatives de suicide, deux séjours en milieu psychiatrique ; l'abstinence n'ayant jamais été réalisée.

. Le suicide d'un malade de 33 ans, quelques mois après son hospitalisation. Il présentait également une dépendance importante à l'alcool, sans que l'on ait décelé de gros troubles psychiatriques au moment de l'hospitalisation (cure complète au disulfirame). Nous n'avons pas d'autres renseignements sur les circonstances du décès, sur la poursuite ou non de l'éthylisme.

. Le suicide d'un malade de 71 ans, au cours d'une ivresse pathologique, huit ans après son hospitalisation (simple sevrage) alors que l'intoxication avait repris dès la sortie de l'hôpital.

. Le suicide d'un malade de 43 ans : ce malade s'est noyé. L'étiologie suicidaire n'est pas tout à fait certaine. Au moment du décès il était abstinant semble-t-il. La première hospitalisation a été suivie de nombreuses autres. Ce malade vivait dans un milieu familial perturbé avec en particulier conflits conjugaux importants. Il avait été pris en charge par l'équipe psychiatrique ; il s'est suicidé trois ans après la première hospitalisation alors que dans les jours précédents rien ne permettait au thérapeute ni à l'entourage de prévoir cette fin.

4/ - Sujets perdus de vue :

Ils représentent 67 sujets soit 26 % du total des observations. Nous avons été surprise en consultant d'autres études par ce pourcentage relativement peu important sur une étude portant sur 18 années. Ceci est certainement dû aux conditions de ce travail (hôpital général en rapport constant avec les praticiens ; population souvent rurale ou semi-rurale donc sédentaire).

Ils se répartissent ainsi :

- malades ayant changé de médecin : 25
- malades ayant quitté la région : 10
- malades non revus à l'hôpital et ne nous ayant laissé aucune adresse de médecin : 6
- médecins en retraite ou décédés, les successeurs éventuels n'ayant jamais revu le malade : cas de 9 malades.
- médecin ne pouvant fournir de détail : cas d'un malade décédé d'un néoplasme du larynx peu après sa sortie de l'hôpital.
- non réponses des médecins : 16.

5/ - Les cas douteux ou relatifs : 7 %

Ils représentent 17 observations soit 14 hommes et 3 femmes. Nous avons défini ces termes page 34.

Nous décomposons ces cas ainsi :

- Résultats relativement positifs :

(pas d'abstinence totale avec en particulier quelques "écarts", mais amélioration du contexte social et familial) :

- . 7 hommes
- . 2 femmes.

- Résultats non appréciables : 4 hommes

(le médecin n'a plus de contact avec les malades ni avec leur famille le résultat, étant basé sur les dires de la rumeur publique, est plutôt défavorable).

- Résultats plutôt négatifs :

(diminution de l'éthylisme mais persistance de troubles caractériels ou dépressifs avec conflits familiaux)

. 1 femme

. 2 hommes.

- Résultat discordant : cas d'un malade dont nous rapportons quelques éléments de l'observation :

Monsieur P.... est un malade de 28 ans lors de l'hospitalisation en septembre 1968. Il rentre dans le service pour éthylisme aigu avec comportement dangereux (voulait tuer sa femme, le médecin traitant, le maire ...) ; la famille avait alors demandé l'internement qui ne fut pas accordé. L'éthylisme est intermittent sous tendu par de grosses difficultés familiales (vit chez ses beaux-parents ...). Monsieur P... accepte la cure et semble très motivé. Il décide également de déménager.

Ce patient est suivi pendant deux ans en post-cure à l'hôpital, le succès semble complet mais à noter que la famille n'avait pas été revue.

Le médecin traitant dans sa réponse nous dit qu'il a revu de façon très espacée ce malade, que l'éthylisme se poursuit depuis la sortie de l'hôpital en 1968, qu'il persiste des troubles caractériels ("irritable et violent") mais que sa femme s'accommode fort bien de ce "mari insuffisant".

Dans cette observation c'est très probablement le médecin qui a raison.

III - ETUDE COMPARATIVE

a) Remarques préliminaires

- une étude comparative est difficile entre les résultats obtenus par les différents auteurs.

Plusieurs éléments expliquent cette difficulté :

. Les modalités techniques employées sont souvent différentes (nombre de réactions disulfirame - alcool, durée de l'hospitalisation, médications adjuvantes, organisation de la post-cure).

. Le recrutement des malades n'est pas le même dans toutes les études (malades "tout venant", malades "psychiatriques" ou non).

. Le recul des observations est très différent d'une publication à l'autre et il semble difficile de comparer valablement des résultats à six mois ou un an et des résultats ayant un recul de plusieurs années.

. l'appréciation elle-même des résultats est difficile ; nous avons choisi de contacter les médecins généralistes, d'autres équipes ont essayé de joindre directement les malades.

Dans ce cas là il y a beaucoup plus de sujets perdus de vue, mais peut-être que les résultats sont plus fiables que dans notre étude.

b) Comparaison entre nos résultats et ceux de la littérature :

Nous rappelons nos résultats :

- bons résultats : 28 %
- échecs : 39 %
- résultats relatifs : 7 %
- sujets perdus de vue : 26 %.

1 - En 1955 P. DELORE dans "Etude médico-sociale et bilan thérapeutique de 225 cures de désintoxication alcoolique par le T.E.T. Disulfure" (22) apporte le bilan de 225 cures de désintoxication alcoolique dans un service de médecine générale et constate avec un recul allant de 6 mois à 5 ans :

- 33 % de bons résultats
- 43 % d'échecs
- 24 % de cas douteux.

2 - J. FETIQUE et C. NOEL dans "La cure à l'Espéral résultats et limites, données actuelles du problème" (27) font état au contraire de résultats plus pessimistes :

- Sur 173 malades convoqués en 1963 et qui avaient fait des cures en 1959, 1960, 1961 dans un service de psychiatrie ouvert, ils ont constaté :

. 75 % de sujets perdus de vue au bout d'un an, de sorte que n'est connu le sort que de 25 % des malades.

. Parmi eux le taux de guérison est de 17 %. Ces malades étant définis au départ comme non psychiatriques et volontaires.

3 - J. LEREBOUILLET en 1964 dans "La désintoxication alcoolique, le rôle respectif de l'hôpital, du dispensaire et du médecin praticien" (41), admet au total 33 % de bons résultats après les cures hospitalières et pour des malades non psychiatriques.

4 - H. CEAS dans sa thèse : "Fonctionnement et activité du centre de rééducation alcoolique de l'hôpital de Valence" en 1971 (17), analyse 162 observations de sujets suivis pendant 24 mois. Ces 162 observations correspondaient à des "malades tout-venant" (les malades dits psychiatriques n'étant pas exclus).

Il relève :

- . 36 % de succès
- . 22 % de sujets perdus de vue
- . 24 % d'échecs
- . 18 % de stabilisation.

A noter que si la population étudiée est identique à celle de notre travail, la durée d'observation est de 24 mois ce qui est une notable différence par rapport à notre étude.

5 - J. BORREAU dans sa thèse "Réflexions à propos d'une méthode de traitement des éthyliques en service psychiatrique fermé" en 1969 (11) rapporte l'analyse de 282 observations :

Les 282 observations correspondaient à des malades non sélectionnés ; le recul allait de 1 à 5 ans.

Les résultats obtenus sont :

- Succès 47 % : (à noter que les succès correspondent aux sujets abstinents et aux sujets qui ne sont pas totalement abstinents mais dont les résultats sociaux et familiaux sont excellents) ; l'auteur soulignant lui-même qu'il faudrait analyser leurs conditions socio-professionnelles et vérifier la normalisation effective de la conduite alcoolique de ce deuxième groupe.

- Echecs relatifs : 11,7 %.

- Echecs caractérisés : 19,2 %.

6 - A. MOLINIER dans "La désintoxication éthylique. A propos de mille désintoxications" en 1966 (51) fait état de mille observations de malades vus entre 1956 et 1964.

Ces malades étaient volontaires et non sélectionnés.

L'auteur trouve un chiffre global de 41 % de succès sur l'ensemble des malades suivis, mais si ce pourcentage devait être basé sur la totalité des cas pris en charge, il ne serait que de 18 %.

7 - BARBEY dans sa thèse : "Etude longitudinale de 81 cures de dégoût alcoolique par le T.T.D. B3 B4" (4) conclut à propos de ces 81 observations (correspondant pour la plupart à des alcoolomanes α et β de la classification de JELLINEK) à :

- 25 % de bons résultats à deux ans.

8 - LARRIVE, après 15 ans de consultations à la SNCF fait état de 62 % de succès : malades guéris définitivement ; 18 % de résultats moyens ; 20 % d'échecs.

Mais l'auteur explique que ces excellents résultats se sont rapportés à "des alcooliques purs et non à des malades psychiatriques et que le fait qu'il s'agisse d'une collectivité (S.N.C.F.) a favorisé ces résultats". (17).

9 - REYSS-BRION dans "La post-cure médicale dans le traitement de la maladie alcoolique" en 1963 (65) admet qu'à la suite d'une pratique de onze années portant sur 1500 post-cures, ressort l'impression globale d'arriver à un tiers de bons résultats.

c) Conclusion

L'étude comparative des résultats de notre travail avec ceux de la littérature (en tenant compte de toutes les réserves formulées plus haut) fait ressortir que nos pourcentages de succès sont similaires, avec cependant cette différence que cette étude porte sur 18 ans et que le nombre des sujets perdus de vue représente dans notre travail 26 %, chiffre très bas si on le compare aux chiffres de la littérature.

- C O N C L U S I O N S -

Dans ce travail nous nous sommes donnée pour but :

- D'une part d'envisager l'accueil de l'éthylique aigu au service d'urgence de l'hôpital de Mâcon. Il nous a semblé que la prise en charge somatique de ces malades était satisfaisante ; ceci est possible parce que ce service d'urgence n'a pas à accueillir un trop grand nombre de malades, le seuil de tolérance à ce problème n'étant que très rarement dépassé.

Par contre la prise en charge psychothérapique de l'alcoolisme aigu est difficile à réaliser dans ces conditions d'urgence, et il serait souhaitable que l'approche de ce problème puisse être mieux réalisée par les équipes soignantes.

- D'autre part, d'analyser 258 observations de cures de désintoxication ou de sevrages réalisées chez des alcooliques de 1958 à 1976, dans les départements de médecine interne du centre hospitalier de Mâcon.

Cette analyse a été faite à partir de dossiers hospitaliers et des résultats d'un questionnaire adressé à tous les médecins qui nous avaient confié ces malades. Le très grand nombre de réponses nous a permis de réduire à 26 % le nombre de malades perdus de vue.

Nous pouvons rapporter les conclusions suivantes :

- les résultats globaux concernant 237 hommes et 21 femmes font état de 28 % de succès, 39 % d'échecs, 7 % de résultats relatifs, 26 % de résultats inconnus. Parmi les 73 succès maintenus, 59 ont un recul de plus de deux ans et parmi eux 34 ont un recul de plus de cinq ans.

Parmi les échecs, 63 se sont produits dans les six mois suivant l'hospitalisation

et 77 dans les deux ans (soit 83 %).

- Dans 224 cas la méthode médicamenteuse employée a été l'utilisation de disulfirame selon les techniques développées dans la thèse de M. DUBERSTEN.

- Ces résultats sont voisins de ceux de la littérature mais peu de statistiques ont un recul égal à la nôtre, et il faut insister sur les difficultés de comparaison des différentes études.

Parmi les facteurs influençant les résultats nous soulignons :

. L'importance de la post-cure, c'est-à-dire de la prise en charge psychothérapique du malade à la sortie de l'hôpital (85 % de bons résultats ont été suivis en post-cure, alors que 57 % des mauvais résultats n'ont pas eu de post-cure, que ce soit le fait du médecin ou du malade).

. L'influence du type d'éthylisme (41 % de bons résultats chez les éthyliques dits sans dépendance, 15 % seulement chez les éthyliques psychiatriques) et l'importance de l'approche préliminaire du terrain psychologique du malade pour éviter les décompensations dépressives graves.

. L'importance du milieu social et familial.

En définitive, il nous semble avant tout ressortir de cette étude l'importance de la prise de conscience par le médecin de la dimension psychologique de l'alcoolisme ; la cure de désintoxication n'étant peut-être que prétexte à l'établissement d'une relation thérapeutique. Cette relation est difficile et nécessite disponibilité et compréhension de la part du thérapeute.

La pratique de telles cures est actuellement remise en question par de nombreux médecins. Il est certain que cette méthode n'est pas la solution miracle ni la formule magique pour le traitement de l'alcoolisme, mais elle semble pourtant pouvoir aider certains malades.

Le Président de la Thèse :

Professeur M. COLIN

Vu et Permis d'imprimer
LYON, le 28 janvier 1977

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
GRANGE-BLANCHE,

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

B. SALLE.

D. GERMAIN

- B I B L I O G R A P H I E -

1 - ALEX R.

L'alcoolique devant le médecin somaticien.
Cahiers Médicaux. 1976, 1, 29, 2033-2038.

2 - ARTHAUD P.

Aspects et rôle défensif des conduites alcooliques.
Thèse Grenoble 1972.

3 - ASSOULINE Ch.

Contribution à l'étude des cures de désintoxication alcoolique dans un service de Médecine générale.
Thèse Paris 1969.

4 - BARBEY A.

Etude longitudinale de 81 cures de dégoût alcoolique par le T.T.D. B3-B4.
Thèse Grenoble 1970.

5 - BARROIS C.

La relation thérapeutique avec l'alcoolique.
Confrontations psychiatriques, 1972, 8, 159-178.

6 - BERGER H.

Treatment of alcoholism : Antabuse as an adjunct to psychotherapy in Alcoholism.
New-York. J. Medecin. 1958, 58, 1540-1544.

7 - BERNARD P.

Manuel de l'infirmier en psychiatrie.
1974. Editions Masson 133-147.

- 8 - BOITELLE G., BOITELLE Cl., HOURCARD M.J.
Quelques remarques sur les intolérances au tétraethylthiurame.
Annales Médico-psychologiques 1952, 1, 634-636.
- 9 - BOITELLE G., BOITELLE LENTULO Cl., ANTOINE A.
Confusions mentales apparues chez des éthyliques après désintoxication et consécutives à la prise de T.T.D. et sans ingestion d'alcool.
Congrès des Médecins Aliénistes et neurologistes de langue française.
51ème Session. C.R. Paris 1953, Vol. 1, 640-644.
- 10 - BONETTI U.
Sulle alterazioni elettroencefalografiche negli alcoolisti cronici, prima e durante trattamento con Tetra. etil. tiuram. disolfuro.
Cervello 1961, 37, 121-136.
- 11 - BORREAU J.
Réflexions à propos d'une méthode de traitement des éthyliques en service psychiatrique fermé.
Exposé des résultats de 282 observations.
Thèse Lyon 1969.
- 12 - BOULARD P.
L'alcoologie. Certificat optionnel d'alcoologie.
Faculté de Médecine de Tours 1975-1976.
- 13 - BRADFER
Observation de 102 cas d'alcooliques suivis en cure ambulatoire dans un centre de consultation urbain.
Acta Neurol. Belg. 1964, 64, 657-661.
- 14 - BUSSE W., BARNES H., EBARCH G.
The effect of antabuse on the electroencephalogram.
Amer. J. Medecin. Sci., 1952, 223 (2), 126-130.
- 15 - CAHIERS BAILLIERE 1972.
Traitement de l'alcoolisme chronique. 201-224.

- 16 - CASIER H., MERLEVERDE E.
Le mécanisme de l'interaction de l'alcool éthylique et du disulfirame (antabuse).
Revue de l'alcoolisme 1963, 9, (2), 103-106.
- 17 - CEAS G.
Fonctionnement et activité du centre de rééducation alcoolique de l'hôpital de Valence.
Thèse Lyon 1971.
- 18 - CHAMPEAU D.
Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie. Rôle des sociétés d'abstinents dans la guérison des buveurs.
Concours Médical 1963, 85, (40), 5219-5222.
- 19 - COTTRAUX J.
Alcoolisme et structure psychotique.
Thèse Lyon 1971.
- 20 - COTTRAUX J.
Alcoolisme, dépression et psychose.
Cahiers Médicaux 1976, 1, 29, 2027-2029.
- 21 - DU COUEDIC H., DU COUEDIC A.
Reflexions sur une année de consultations médico-sociales spécialisées dans le traitement de l'alcoolisme (étude portant sur 300 cas).
Revue de l'alcoolisme. 1964, 10, (1), 41-54.
- 22 - DELORE P., GUICHARDIERE Melle, LAMBERT R., FONTVIEILLE J.
Etude médico-sociale et bilan thérapeutique de 225 cures de désintoxication alcoolique par le tetra-ethyl-thio-urame disulfure.
Presse Médicale 1955, 63, (28), 569-571.
- 23 - DE MIJOLLA et SHENTOUB S.A.
Pour une psychanalyse de l'alcoolisme.
Payot éditeur Paris 1973.

24 - DUCHENE H., BAILLY SALIN P.

Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie.

La Revue de l'alcoolisme 1962, 8, (4), 305-320.

25 - ESPERAL

Dossier d'information médicale.

Laboratoire Solac.

26 - FAURE J., YACOUB M., GAVEND M., GAU G.

Mort subite de l'alcoolique et impant du disulfirame.

Médecine légale et dommage corporel 1968, 1, 208-210.

27 - FETIQUE J., MOEL C.

La cure à l'Espéral. Résultats et limites. Données actuelles du problème.

Strasbourg Médical 1963, 14, (1), 957-963.

28 - FONTAN M.

L'alcoolisme féminin.

Revue du Praticien 1964 XIV (4) 419-424.

29 - FOUQUET P., HOLLANDE Cl.

La réaction thérapeutique Disulfiram Ethanol est-elle utile ou non ?

Revue de l'alcoolisme 1963, 9 (3), 210-214.

30 - FOURNIER E., FOURNIER A., ROCHEFORT H.

Incidents et accidents du traitement par le Disulfiram (antabuse).

Thérapie 1967 XII, 559-560.

31 - GALLOIS P., CAVALLARO J., CAYOT J.P., GONTHIER M.P., LAMOUR J.

Le département de Médecine interne de l'hôpital de Mâcon.

1971. Masson Editeurs.

32 - HOCHMANN J., COLIN M.

Le médecin devant l'alcool.

Cahiers médicaux lyonnais 1963, 39, 6, 585-594.

- 33 - ISRAEL L., SUBRA CHARPENTIER N.
La femme de l'alcoolique.
Confrontations psychiatriques 1972, 8, 125-141.
- 34 - JACOBSEN A.
L'Antabuse.
Journées thérapeutiques. Paris 1958, 89-103.
- 35 - JOSSERAND A., REYSS-BRION R.
Réflexions sur quatre années de thérapeutique anti-alcoolique.
Revue lyonnaise de Médecine Mai 1955, 329-335.
- 36 - KAMMERER Th., DOREY R., COLLARD M., NOEL C., KRESS J.J.
Indications, conduite et résultats de la cure de désintoxication éthylique
au disulfiram.
Strasbourg Médical 1961, 12, (5), 355-365.
- 37 - KOUPERNIK C.
Impuissance et cure de désintoxication.
Concours Médical 1963, 85 (16) 2553-2554.
- 38 - LARRIVE Ch.
La cure hospitalière et son mythe.
Cahiers Médicaux 1976, 1, 29, 2043-2044.
- 39 - LECOQ R.
La maladie alcoolique et la désintoxication de l'alcoolique.
Gazette des Hôpitaux de Paris 1969, 141 (17) 593-600.
- 40 - LEGET J.M., DAUDET G.
L'appétence à l'alcool et son traitement.
Annales médico-psychologiques Paris, 2, 129^e année (n° 2) 193-217.
- 41 - LEREBoullet J.
La désintoxication alcoolique. Le rôle respectif de l'hôpital, du dispensaire et du médecin praticien.
Revue du Praticien 1964, XIV 4, 449-460.

- 42 - LEREBoullet J., VIDART L., GASTEAU E.
Notre expérience de la désintoxication alcoolique. Ses méthodes. Ses résultats.
Bulletin de l'académie de Médecine. 1953, 137, 352-359.
- 43- LEREBoullet J.
Qu'est-ce que l'alcoolisme ? Ses aspects, ses causes.
Revue du Praticien 1964, XIV, 4, 359-374.
- 44 - LEREBoullet J.
L'alcoolisme, maladie sociale.
Revue du Praticien 1970, 20, (31 bis), 3-9.
- 45 - LEREBoullet J.
Les accidents du disulfirame. Les réactions disulfirame-alcool méconnues.
Revue Neurologique 1972, 126, 2, 149-153.
- 46 - LERY M., ROUZIOUX J.M., VEDRINNE J.
Alcool éthylique. Manifestations aiguës et sub-aiguës de l'éthylisme chronique.
E.M.C. Paris 9, 1976, 16 047 A 30 et EMC Paris 9 1976 16 047 A 20.
- 47 - LYONNET P.
La loi du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui. Son application dans le département du Rhône à propos de 150 observations.
Thèse Lyon 1969.
- 48 - MALICIER G.
Le Médecin généraliste, premiers recours de l'alcoolique.
Cahiers Médicaux 1976, 1, 29, 2042-2043.
- 49 - MELMANN Cr.
Le discours de l'alcoolique.
Confrontations psychiatriques 1972, 8, 95.
- 50 - MILEVAZ M.
La médication adjuvante de la cure de sevrage des alcooliques.
Revue de l'alcoolisme 1964, 10, (1) 55-69.

- 51 - MOLINIER A., KUPERINDA P., TCHOURUMOFF M.
La désintoxication éthylique. Modalités et résultats de la méthode employée
(à propos de mille désintoxications).
Semaine des hôpitaux 1966 42, (25), 1551-1561.
- 52 - MONNEROT E.
Cure hospitalière psychiatrique de l'alcoolomanie. Réflexions thérapeutiques
sur un bilan, une enquête, un essai particulier.
Revue de l'alcoolisme 1963, 9, (2) 114-128.
- 53 - NACHIN C.
Investigations préliminaires à une étude scientifique de l'alcoolisme
psychiatrique.
Thèse Lyon 1956.
- 54 - NEUZIL E., BOUSQUET E.
Métabolisme de l'alcool. Aspects biochimiques modernes.
Semaine des hôpitaux de Paris thérapeutique. 1975, 51, n° hors série,
Th. n.s. 29-42.
- 55 - PAILLOT M., JACQUES D.
Approche thérapeutique de l'alcoolisme chronique par la méthode d'un implant
sous cutané de Disulfirame.
Revue Hygiène et Médecine 1968, 16, 7, 689-98.
- 56 - PELICIER Y.
Des mots sur l'alcoolisme.
Confrontations psychiatriques 1972, 8, 9-19.
- 57 - PELICIER Y.
La cure de l'alcoolomanie par les implants de disulfiram. Aspects psycho-
sociaux.
Revue de l'alcoolisme 1963, 9 (1), 61-70.
- 58 - PELLET J., JALLADE S., LOSSON M.
La personnalité alcoolique.
Cahiers Médicaux Lyonnais 1968, 44, 28, 2989-3022.

59 - PEQUIGNOT H.

Entretiens de Bichat 1973 : Six alcooliques en quête d'un médecin.
Semaine des hôpitaux de Paris. Thérapeutique 1975, 51, n° hors série,
Th. h. s. 9-14.

60 - PEQUIGNOT H.

L'alcoolisme.
Concours Médical 1973, 95, 29-30, 4833-4836.

61 - DE PRAINGY N., CORDIER J.B., CARON F.

Approche sur l'alcoolisme masculin en France, clinique et thérapeutique.
Semaine des hôpitaux de Paris. Thérapeutique 1975, 51, n° hors série, Th,
h. s. 19. 28.

62 - PREVOT J.P., GRANDEAU Cl.

Techniques des cures de dégoût chez les alcooliques.
La Revue de Médecine 1976, XVII, 2345-2354.

63 - REYSS-BRION R.

Bilan d'une enquête sur la pratique des cures de désintoxication alcoolique.
La Revue lyonnaise de Médecine, 1962, 11, numéro spécial volume des conférences 313-324.

64 - REYSS-BRION R.

La cure de désintoxication, mythes et réalités.
Cahiers Médicaux lyonnais. 1963, 39, (6) 643-651.

65 - REYSS-BRION R.

Alcool, boissons alcoolisées et alcoolisme.
Cahiers Médicaux lyonnais 1963, 39 (6), 573-583.

66 - REYSS-BRION R. et M.P., VIGNAT J.P.C.

La post-cure médicale dans le traitement de la maladie alcoolique. Travail
de la consultation de prévention des troubles alcooliques.
Service du professeur A. GUICHARD, Pavillon N bis, Hôpital Edouard Herriot
Lyon, avril 1966.

67- REYSS-BRION R.

Le comportement alcoolique français. Les formes cliniques.
Cahiers Médicaux 1976, 1, 29, 2024-2026.

68 - REYSS-BRION R.

La post -cure et la fonction thérapeutique de la rechute.
Cahiers Médicaux 1, 29, 2047-2049.

69 - ROBERT A.H.

Alcool et sécurité de la route.
Revue du Praticien 1964. XIV (4) 427-434.

70 - ROPERT R.

A propos des comportements alcooliques paroxystiques.
Confrontations psychiatriques 1972, 8, 65-82.

71 - SEGUIER R.

De la contrainte à l'auto-détermination thérapeutique chez l'alcoolique.
Intérêt des cures "brèves".
Thèse Toulouse 1967.

72 - THUILLIER J.

Etude de 200 cas d'alcoolisme chronique traités par l'antabuse.
Thérapie 1951 6 (1) 1-7.

73 - TUSQUES. GANRY C.

Les conseils du psychiatre au médecin praticien pour le traitement de
l'alcoolisme.
Revue de l'alcoolisme 1965, 11, (4), 284-292.

74 - VIDART L., GASTEAU E.

La désintoxication alcoolique, sa conduite pratique.
Revue de l'alcoolisme 1959, 5 (2), 117-122.

75 - VIDART L.

La cure de désintoxication alcoolique à l'hôpital : ses possibilités, ses
limites.
Vie Médicale 1960,4 1167-1176.

76 - VIGNAT J.P.C.

Le médecin praticien devant l'alcoolique.

Cahiers médicaux lyonnais 1963, 39, 6, 625-632.

77 - WOIMANT B.

Maladie alcoolique et médecins hospitaliers.

Semaine des hôpitaux de Paris. Thérapeutique. 1975, 51, n° hors série

Th. h.s. 15-18.

- TABLE DES MATIERES -

INTRODUCTION

<u>CHAPITRE I</u> : ETHYLISME AIGU ET SERVICE D'URGENCE	3
I - Définition	3
II - Textes de lois	4
III - Accueil et devenir	7
IV - Données numériques	11
V - Conclusion	15
 <u>CHAPITRE II</u> : ETUDE DES RESULTATS	16
I - Formes cliniques de l'alcoolisme	16
A - Généralités	16
B - Rappel des classifications	18
C - Classification adoptée	20
II - Etude des résultats.....	29
A - Présentation des dossiers	29
1/ - Technique d'étude	29
2/ - Définition des termes	32
B - Les résultats globaux	33

C - Analyse des résultats	36
1/ - Les bons résultats	36
a) chez les hommes	36
- recul d'observation	36
- analyse des techniques	
- rôle de facteurs favorisants	37
- durée de la prise d'Espéral	44
- rôle des organismes d'anciens buveurs	44
- étude des décès	45
b) chez les femmes	45
2/ - Les échecs	48
a) chez les hommes	48
- délai de l'échec	48
- devenir	49
- échecs et post-cure	51
- échecs selon le type d'éthylisme	51
- motivations	52
- contexte familial	53
- décès	53
b) chez les femmes	54
3/ - Pathologie dépressive apparue après l'hospitalisa- tion - les suicides	55
4/ - Sujets perdus de vue	62
5/ - Cas douteux ou relatifs	63
III - Etude comparative	64
a) remarques préliminaires	64
b) comparaison avec les résultats de la littérature	65
c) conclusion	68
CONCLUSIONS	69

